



ANNEE 2014 - N° 14 – 041

***LE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES FRANÇAIS***

**A propos d'une association interprofessionnelle
et de représentations de l'interdisciplinarité**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 23 juin 2014

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Laëtitia SAGE

Né(e) le 16/03/1984 à Besançon (*Doubs*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	.A.PENFORNIS	Professeur
Directeur de thèse :	.D.LANDRY	Médecin Généraliste
Codirectrice de thèse:	.C.ZIMMERMANN	Praticien Hospitalier
Juges :	.R.AUBRY	Professeur
	.JM.PERROT	Maître de conférences
	.PM.PHILIPPE	Médecin Généraliste

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

DIRECTEUR	Professeur Emmanuel SAMAIN	
ASSESEURS MÉDECINE	Professeur Bernard PARRATTE Professeur Benoît de BILLY Professeur Gilles CAPELLIER Professeur Thierry MOULIN	Directeur des études
DOYEN PHARMACIE	Professeur Marie-Christine WORONOFF-LEMSI	Directrice Adjointe
ASSESEUR PHARMACIE	Professeur Laurence NICOD	Directrice des études
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	Mme Florence PRETOT	

MÉDECINE

PROFESSEURS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Didier	AUBERT	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Régis	AUBRY	THÉRAPEUTIQUE (Professeur associé)
Mme	Yvette	BERNARD	CARDIOLOGIE
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE
M.	Hugues	BITTARD	UROLOGIE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-François	BOSSET	RADIOTHÉRAPIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gabriel	CAMELOT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Jean-Marc	CHALOPIN	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Claude	CHOBAUT	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles	DALPHIN	PNEUMOLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M.	Bruno	DEGANO	PHYSIOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE

M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M	François	DUMEL	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Philippe	HUMBERT	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Bruno	KASTLER	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MÉDECINE INTERNE
M.	Robert	MAILLET	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Jacques	MASSOL	THÉRAPEUTIQUE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Michel	MONTARD	OPHTALMOLOGIE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mlle	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Julien	PAUCHOT	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Alfred	PENFORNIS	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE-RÉANIMATION
M.	Xavier	PIVOT	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Jacques	REGNARD	PHYSIOLOGIE
M	Didier	RIETHMULLER	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE

M. Yves	TROPET	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
Mme Séverine	VALMARY-DEGANO	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M. Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M. Lionel	VAN MALDERGEM	GÉNÉTIQUE
M. Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M. Paul	BIZOUARD	PÉDOPSYCHIATRIE
Mme Annie	BOILLOT	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
Mme Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme Clotilde	AMIOT	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M. Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M. Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
M. Rémi	BARDET	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF associé)
Mlle Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
Mme Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M. Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
M. Benoît	CYPRIANI	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M. Pierre	DECAVEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION
M. Alain	DEVEVEY	PSYCHOLOGIE
Mme Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M. Pascal	JORDAN	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF associé)
M. Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
Mme Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M. José-Philippe	MORENO	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF associé)
M. Christian	MOUSSARD	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M. Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M. Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M. Jean-Michel	PERROT	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF associé)
M. Gaël	PITON	RÉANIMATION
M. Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M. Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Evelyne	RACADOT	HÉMATOLOGIE
M. Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M. Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
Mme Lauriane	VULLIEZ-COADY	PÉDOPSYCHIATRIE (MCF associé)
M. Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
M. Jean-Pierre	WOLF-BERTHELAY	PHYSIOLOGIE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme Françoise	BEVALOT	PHARMACOGNOSIE
M. Franck	BONNETAIN	BIostatISTIQUES
Mme Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
M. Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M. Alf	LAMPRECHT	GALÉNIQUE
M. Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M. Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Lysiane	RICHERT	TOXICOLOGIE
M. Bernard	REFOUVELET	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE
M. Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme Estelle	SEILLES	IMMUNOLOGIE
Mme Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEURS EMÉRITES

M. Alain	BERTHELOT	PHYSIOLOGIE
Mme Mariette	MERCIER	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mlle Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mlle Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M. Arnaud	BEDUNEAU	GALÉNIQUE
M.. Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M. Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M. Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme Corine	GIRARD-THERNIER	PHARMACOGNOSIE
M. Lhassanne	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
Mme Isabelle	LASCOMBE	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Katy	MAGUIN GATÉ	PHARMACOLOGIE
Mme Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M. Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M. Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
Mlle Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M. Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES

PROFESSEUR AGRÉGÉ DU SECOND DEGRÉ, PROFESSEURS ASSOCIÉS A TEMPS PARTIEL

M. Patrice	BLÉMONT	DROIT
Mme Sandra	CHAVIN	ANGLAIS
Mme Mylène	COSTER	ANGLAIS

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur A. PENFORNIS

Professeur d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques - CHRU de Besançon

Vous nous faites le très grand honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect pour votre disponibilité et vos conseils.

Nous avons été sensibles à vos qualités humaines et pédagogiques dès le début de nos études.

Permettez-nous de vous exprimer toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

A nos Maîtres et Juges,

Monsieur le Professeur R. AUBRY

Professeur et Chef du Service des Soins Palliatifs - CHRU de Besançon

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur J-M PERROT

Médecin généraliste - Maître de conférences – CHRU de Besançon

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous remercions pour vos enseignements durant notre cursus universitaire de Médecine générale, notamment lors du séminaire interprofessionnel. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance et nos sincères remerciements.

Monsieur le Docteur P-M PHILIPPE

Médecin généraliste – Cabinet Médical de Levier

Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse. Nous vous remercions de nous avoir fait partager toute la richesse de la Médecine Générale en milieu rural. Votre humanisme, votre disponibilité, vos conseils et votre écoute nous ont particulièrement touchés. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

A nos Maitres et Directeurs de Thèse

Monsieur le Docteur D.LANDRY

Médecin généraliste – Maison de Santé Pluridisciplinaire de Baumes-les Dames

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de diriger cette thèse et de la juger. Nous vous remercions pour votre accompagnement, vos qualités humaines et votre disponibilité tout au long de notre travail. Soyez assuré de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Madame le Docteur C.ZIMMERMANN

Docteur en Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques – CHRU de Besançon

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et de le juger. Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos encouragements, vos qualités d'écoute et relationnelles. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et notre sincère respect.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les professionnels de santé du secteur de Levier qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à cette étude. Par ailleurs, je vous adresse à tous, mes sincères remerciements pour avoir participé, à différents niveaux, à ma formation de médecin généraliste. Votre cadre de travail m'a fait apprécier toute la richesse de l'exercice en milieu rural. Et la collaboration que vous y développez en fait un territoire riche de valeurs humanistes. Merci.

Merci aux médecins du cabinet médical de Levier : Sandrine, Jean-Paul, Hervé, Boris et Pierre-Marie de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. Votre accueil, votre disponibilité, vos compétences et vos qualités humaines et pédagogiques sont de beaux exemples à suivre. Merci de m'avoir formé et pour la confiance que vous m'avez accordé.

Merci à Nathalie, Annick, Maria, et à toutes les autres secrétaires avec qui j'ai travaillé, pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Merci à tous les médecins et professionnels de santé qui ont participé à ma formation tout au long de mes études. Merci notamment au Dr Paulet et au Dr Chesnel de m'avoir fait confiance lors du stage de SASPAS.

Merci à tous mes co-externes et co-internes avec qui j'ai partagé de si bons moments d'entraide et de décompression.

Merci aux patients

A mes parents,

Merci pour votre soutien inconditionnel depuis toujours. Merci d'être présents et de m'avoir permis de suivre les études que je souhaitais. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.

A Nico, mon Amour

Merci d'être tel que tu es, Merci de ta patience et ton soutien durant cette période si chargée, Merci de partager ma vie

A Ephrem, mon petit frère, Merci d'être là et de nous faire voir la vie autrement.

A mes frères, belles-sœurs, neveux et nièces, A toute ma famille et ma belle-famille

Merci pour votre soutien

A mes grand-mères qui m'ont rappelé de faire cette thèse avant de s'envoler

A Hind et Laetitia, Merci pour votre soutien sans faille depuis toujours. Merci pour tout

A Anne-Lise, Merci du fond du cœur pour toutes tes relectures, pour la coloc', pour tout...

Aux « filles » : Aline, Cynthia, Bagda, Emilie, Mathilde et Mathilde, Mimi, Merci d'avoir été des formidables partenaires de route sur le chemin de la médecine et d'être devenues des amies précieuses.

A Pernelle, Merci pour tes relectures et conseils pertinents, et pour les cafés au soleil...

A Fanny, Merci pour ton aide dans la retranscription des entretiens et notre amitié

A Amandine, Merci pour cette super coloc' qui nous a fait partager de si bons moments d'amitié

A Mehdi, Chipu, François, Céline, PA, JB, Léo, Amandine, Sandrine, Elo, les Urbains...

Merci pour tout ce qu'on a vécu, tout ce qu'on vit et tout ce qu'on vivra ensemble

A toutes les personnes que j'ai rencontrées, avec qui j'ai pu partager toutes les richesses de la Vie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

Liste des abréviations	3
Introduction	5
Première partie : Données de la littérature et problématique	7
Deuxième partie : Méthode	75
Troisième Partie : Résultats	81
Quatrième partie : Discussion	125
Conclusion	145
Annexe	147
Bibliographie	149
Table des matières	155

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affections de Longue Durée

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

ARS : Agence Régionale de Santé

CoMET : Coordination Multipartenariale pour l'Éducation Thérapeutique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FéMaSaC : Fédération des Maisons de Santé Comtoises

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Loi HPST : Hôpital-Patient-Santé Territoire (2009)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (en anglais WHO : World Health Organization)

RCPI : Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelle en santé et services sociaux du Canada

UTEP : Unité Transversale pour l'Éducation du Patient

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic association of general practitioners/Family physicians

INTRODUCTION

Les changements socio-démographiques et économiques en matière de santé rendent nécessaire une évolution du système de santé français. En effet, la majoration de la demande en matière de soins, associée à une diminution de l'offre en professionnels de santé constitue des défis majeurs à l'heure actuelle.

Le médecin généraliste, de par son rôle de pivot dans les soins primaires, est amené à interagir avec de nombreux professionnels de santé pour pouvoir prendre en charge son patient globalement. Or ces interactions ne sont pas optimales, faute de temps, de manque de coordination ou encore de méconnaissance des professionnels entre-eux. De nouveaux modèles de pratiques professionnelles doivent donc être envisagés.

Dans de nombreux pays, la collaboration interprofessionnelle apparaît comme une des solutions pour améliorer les systèmes de santé. Les initiatives se multiplient, notamment dans les pays anglo-saxons, pour favoriser son développement. En France, cette notion, ainsi que les concepts qui lui sont reliés, à savoir la pluridisciplinarité ou l'interdisciplinarité, font leur apparition mais ils sont encore peu connus des acteurs de santé et totalement absents des cursus d'enseignement. A l'heure où l'on souhaite sortir les patients des hôpitaux et améliorer leur prise en charge globale en ambulatoire, il semble que l'amélioration des interactions entre les professionnels de santé des soins primaires soit indispensable.

En France, les jeunes médecins généralistes sont de plus en plus attirés par l'exercice au sein de Maison de Santé pluriprofessionnelle, ce qui témoigne que l'évolution des pratiques est en marche. Cependant, la dynamique interprofessionnelle n'est pas toujours présente dans ces nouveaux lieux de soins. Nous pouvons alors nous demander si le développement de compétences interprofessionnelles est inné. Une formation est-elle nécessaire ? Plusieurs études vont dans ce sens mais peu d'initiatives françaises sont mises en avant.

A partir de ces constats, nous nous sommes intéressés à une initiative locale d'association interdisciplinaire visant à favoriser les échanges et à promouvoir une formation interprofessionnelle continue ; le but étant d'apprendre à travailler ensemble pour optimiser la prise en charge des patients. L'objectif de cette étude est d'explorer leurs représentations de la collaboration interprofessionnelle et de l'interdisciplinarité ainsi que les répercussions de leur association.

Dans un premier temps, nous analyserons les données de la littérature concernant la collaboration interprofessionnelle et l'évolution du système de soins de santé primaires français ; puis nous exposerons la méthodologie et les résultats de notre enquête. Enfin, nous discuterons ces données.

PREMIÈRE PARTIE :

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Et PROBLÉMATIQUE

Pour faire face aux nouveaux enjeux en matière de santé, l'organisation des soins doit évoluer. Pour ce faire, le développement de la collaboration interprofessionnelle semble être une mesure nécessaire. Mais comment mettre en place cette restructuration de l'organisation des exercices professionnels ?

Dans cette première partie, nous analyserons les données de la littérature sur ce sujet avant d'exposer notre problématique et les objectifs de cette étude.

Premièrement, il paraît important de définir la collaboration interprofessionnelle. Puis, nous nous intéresserons à l'organisation du système de santé primaire français. Enfin, nous décrirons une initiative locale d'association interprofessionnelle visant à améliorer la collaboration.

1 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

A l'heure où le système de santé doit évoluer pour faire face aux nouveaux enjeux des soins primaires, le développement de la collaboration interprofessionnelle apparaît comme une des solutions à envisager. Nous allons définir les termes référents à ce concept, citer les théories en lien avec ce mode de fonctionnement, expliquer les différents niveaux pratiques de collaboration puis explorer ses enjeux et les facteurs l'influençant.

De nombreux termes sont employés pour parler des interactions qui s'opèrent entre les professionnels de santé tels que l'interdisciplinarité, la pluridisciplinarité, la multidisciplinarité, la transdisciplinarité, la collaboration interdisciplinaire ou encore la collaboration interprofessionnelle. Une mise au point de ces différents termes nous semble nécessaire dans un premier temps.

1.1 Définitions

1.1.1 Pluridisciplinarité/interdisciplinarité/transdisciplinarité

1.1.1.1 La discipline

Selon la définition synthétique existant dans le dictionnaire Larousse sur internet, la discipline correspond à une « branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement ». Edgar Morin (1) émet des compléments concernant la notion de Discipline :

La discipline est une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique ; elle y institue la division et la spécialisation du travail. Elle répond à la diversité des domaines que recouvrent les sciences. Bien qu'englobée dans un ensemble scientifique plus vaste, une discipline tend naturellement à l'autonomie, par la délimitation de ses frontières, le langage qu'elle se constitue, les techniques qu'elle est amenée à élaborer ou à utiliser, et éventuellement par les théories qui lui sont propres.

1.1.1.2 La profession

Dans le dictionnaire Larousse, la profession est définie comme « un ensemble de personnes exerçant le même métier » ; le métier, quant à lui, se définit comme « une activité sociale définie par son objet, ses techniques » et/ou une « profession caractérisée par un apprentissage, de l'expérience et rentrant dans un cadre légal ».

Nous pouvons alors souligner la différence entre profession et discipline : tandis que la discipline relève de la connaissance pour donner corps à un enseignement, la profession est inscrite dans la vie sociétale et elle est réglementée. C'est en quelque sorte la concrétisation d'une discipline dans le champ social. Parallèlement, les notions d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité peuvent se différencier : l'interdisciplinarité, que nous développerons par la suite, favoriserait la cohésion de connaissances fragmentées tandis que **l'interprofessionnalité** serait une solution pour une plus grande cohésion entre différentes professions. Il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt que chaque profession puisse travailler en collaboration et de façon intégrée (2).

1.1.1.3 La pluridisciplinarité et la multidisciplinarité

Selon le dictionnaire Larousse, la pluridisciplinarité et la multidisciplinarité sont des termes synonymes, ils renvoient à quelque chose « qui concerne plusieurs disciplines, domaines d'études ».

La multidisciplinarité et la pluridisciplinarité correspondent à une rencontre autour d'un thème commun à plusieurs disciplines où chacune conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. L'objectif est alors d'utiliser la complémentarité des disciplines pour la résolution d'un problème. Il s'agit d'intégrer et de synthétiser collectivement l'information, de coordonner les interventions mais chaque professionnel reste indépendant. En d'autres termes, la pluridisciplinarité n'exige pas une intrication entre les disciplines, mais une simple juxtaposition (2) (3).

1.1.1.4 L'interdisciplinarité

Selon la définition du dictionnaire Larousse, l'adjectif interdisciplinaire renvoie à quelque chose « qui relève des relations entre plusieurs disciplines, plusieurs sciences ». Nous pouvons déjà remarquer que le concept d'interdisciplinarité renvoie à une notion de relation ce qui n'est pas forcément le cas pour la pluridisciplinarité.

L'interdisciplinarité peut être considérée comme l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines afin de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème. On développe alors une capacité d'analyse et de synthèse à partir des perspectives de plusieurs disciplines pour un savoir collectif. Cela suppose dialogues et échanges de connaissances, d'analyses, de méthodes, ainsi que des interactions et un enrichissement mutuel. Cette approche permet de mieux appréhender un sujet dans sa complexité, en identifiant toutes les relations entre les éléments impliqués.

Les frontières entre les disciplines deviennent alors un peu floues(3) (4). Selon D'Amour, Sicotte et Levy (1999), les membres d'une équipe interdisciplinaire, en matière de santé, « ouvrent les frontières de leurs territoires » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités. L'interdisciplinarité renvoie donc à une intrication entre les différentes disciplines. Les professionnels construisent ensemble un projet commun afin de répondre à un objectif commun.

Dans l'interdisciplinarité, il ne s'agit pas d'une simple addition de compétences techniques mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources. Cela demande de la complémentarité, de la synergie, de la coordination et de l'évaluation. Mais au-delà de la simple communication, l'interdisciplinarité appelle à une véritable **formation** d'équipe, incluant les responsables médicaux et paramédicaux (5). Cette formation doit être échelonnée dans le temps pour répondre continuellement aux besoins de l'équipe.

1.1.1.5 La transdisciplinarité

La transdisciplinarité, concept inventé par Piaget en 1972, est utilisée par certains auteurs. La transdisciplinarité se distingue de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité dans le sens où elle correspond à une posture scientifique et intellectuelle qui se situe à la fois entre, à travers et au-delà de toute discipline. Il ne s'agit plus de juxtaposition ni d'intrication mais d'un processus d'intégration et de dépassement des disciplines. Ceci a pour objectif de rassembler les savoirs au-delà des disciplines (4) (2) ; elle correspondrait au plus haut niveau d'interaction entre les professionnels. Ce concept est peu employé dans la littérature médicale.

1.1.2 La collaboration interprofessionnelle

Diverses définitions de la **collaboration** existent, elles se traduisent généralement par la notion de construction d'une action collective (Friedberg 1993). Graham & Barter, (1999) indiquent qu'il serait nécessaire, afin de mieux comprendre le concept de la collaboration, de puiser dans une large panoplie de littérature liée à l'interdisciplinarité dans différents domaines tels que l'éducation, le management, la psychologie, la sociologie et le travail social. Ainsi, la collaboration est une notion complexe issue de théories organisationnelles et sociologiques.

Les définitions précédentes de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité peuvent permettre de comprendre, en partie, ce qu'est la collaboration. Elle peut se définir comme un « processus de décision commun entre des acteurs professionnels interdépendants, impliquant des consensus dans la prise de décisions et la responsabilité des résultats » (Wood et Gray 1991).

Quelques auteurs situent la collaboration comme un but à atteindre pour l'équipe de travail, la collaboration se retrouverait alors obligatoirement au sein de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité (Hébert, 1997; Mullins, Balderson et al., 1999).

Dans la pluridisciplinarité, l'interaction entre les professionnels ferait plutôt référence à la planification pour la pratique en collaboration. Et on parlerait de coordination lorsque l'interaction se situerait à mi-chemin entre la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité (Hébert,1997).

Cependant, la plupart des auteurs ne retiennent pas cette définition et insistent sur le caractère dynamique de la collaboration. Par exemple, Fourez, en 2001, la perçoit comme :

un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication d'idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant.

Cette notion de continuum semble se retrouver dans l'ensemble des définitions récentes de la collaboration(6). Way et Jones (2000) définissent la collaboration comme(3) :

un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et aux aptitudes distinctes et partagées des fournisseurs de soins de santé d'influencer de façon synergique les soins prodigués aux patients.

Ils mettent ainsi en lumière deux éléments fondateurs inséparables, d'une collaboration (4):

- La construction **d'une action collective** pour répondre à la complexité des besoins du patient ;
- La construction **d'une vie d'équipe** qui intègre les perspectives de chaque professionnel et dans laquelle les membres de l'équipe se respectent et ont une confiance mutuelle.

Dans la revue de la littérature de D'Amour et al de 2005 (4), l'accent est également mis sur les quatre notions reliées au processus de collaboration, à savoir le partage, le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir. Plusieurs auteurs voient la collaboration comme un vrai partenariat, caractérisé par la responsabilisation simultanée de chaque participant dont le pouvoir respectif est reconnu par tous.

1.1.3 En résumé

Comme nous l'avons vu, il existe une multitude de définitions concernant les termes évoquant les interactions interprofessionnelles. Et des subtilités sont mises en avant pour chaque terme. On peut évoquer la différence entre interdisciplinarité et interprofessionalité par exemple.

De plus, dans les articles anglophones, le terme de collaboration interprofessionnelle renvoie parfois à une interaction au stade d'interdisciplinarité. Prenons par exemple ce tableau expliquant la logique de collaboration comparativement à une logique professionnelle (monodisciplinaire). La collaboration renvoie ici à l'interdisciplinarité.

Tableau 1. Les éléments prégnants de la logique de la professionnalisation et de la logique de la collaboration.

Logique de la professionnalisation		Logique de la collaboration
Vision mécaniste de la personne →		← Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée →	P	← La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante →	R	← Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation →	O	← On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
Taxonomie rigide du savoir →	F	← Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
Approche centrée autour des territoires professionnels →	E	← Approche centrée sur la clientèle
Les frontières sont étanches →	S	← Partage de zones d'intervention
Relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non-interactives →	S	← Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques →	I	← On vise l'approche globale et participative
	O	
	N	
	N	
	E	
	L	

Figure 1: logique de professionnalisation versus logique de collaboration

Par ailleurs, en France, la notion de **coopération** est utilisée pour parler d'un certain niveau de collaboration interprofessionnelle. La coopération se situerait entre la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité.

Pour rendre notre travail plus clair, il nous semble important de limiter les termes employés et les redéfinir succinctement :

Concernant la **collaboration interprofessionnelle**, nous avons choisi de retenir la définition proposée par D'Amour en 1997 qui nous semble la plus générique (4):

La collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients/patients et pour le plus grand bien des clients/patients. [...] Elle passe par la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes.

Cette définition, tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus, insiste aussi sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail (3). C'est en analysant le degré de collaboration qu'on peut alors définir si on se situe dans la pluridisciplinarité ou dans l'interdisciplinarité.

Dans **la pluridisciplinarité**, le degré de collaboration entre les professionnels est au stade de juxtaposition des disciplines. Il s'agit d'un travail en parallèle pour atteindre un objectif commun.

Dans **l'interdisciplinarité**, la collaboration interprofessionnelle est au stade d'intrication des disciplines. Elle renvoie à un travail collectif afin d'atteindre un objectif commun en potentialisant les ressources. Celles-ci renvoient aux compétences de chacun personnellement et aux compétences développées par l'équipe elle-même.

Concernant **l'interprofessionnalité**, ce nouveau concept a été inventé par D'Amour et al en 2005 (2). Il correspond à la notion d'interdisciplinarité sur un plan plus pratique. Selon eux, l'interprofessionnalité provient de la préoccupation de professionnels de concilier leurs différences et leurs points de vue parfois opposés. Elle implique une interaction continue et le partage de connaissance entre des professionnels pour explorer diverses possibilités d'enseignement (éducation interprofessionnelle) et atteindre de manière interprofessionnelle des objectifs de soin, tout en cherchant à optimiser la participation du patient. Elle renvoie à la notion d'interdépendance entre l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative. Elle nécessite également une interaction continue entre les professionnels et les managers, afin de comprendre les conditions environnementales appropriées pour le développement de l'interprofessionnalité. Cette notion n'est pas reconnue par tous les auteurs. Il nous paraît donc plus pertinent pour la suite de notre travail de parler d'interdisciplinarité, même si notre objectif est d'explorer la cohésion entre les différents professionnels et pas seulement la cohésion des connaissances.

Nous n'utiliserons pas le terme **transdisciplinarité** car d'une part, il est peu utilisé dans la littérature, et d'autre part, ce degré de collaboration semble abstrait dans le champ de la santé à l'heure actuelle.

Suite à ce cadrage lexical, il nous semble intéressant de comprendre dans quel cadre théorique la collaboration interprofessionnelle a pris sa source.

1.2 Fondement théorique de la collaboration

Différentes approches théoriques sont exposées dans la littérature et celles-ci ont conduit les auteurs à proposer différents modèles. Parmi ces modèles, on peut citer les trois qui ont été jugés comme les plus performants du point de vue des données de la littérature. Ils s'intéressent tous à la structure et au processus de la collaboration. Les théories organisationnelles, les théories sociologiques et la théorie de l'échange ont été utilisées pour définir ces modèles.

En ordre chronologique, ces modèles sont celui de West, Borill et Unsworth (1998) de Grande-Bretagne, celui de D'Amour, Sicotte et al. (1999) bonifié par D'Amour, Goulet et al. (2004), et celui de Sicotte, D'Amour et Moreault (2002) (8).

- **Model of Team Effectiveness (West, Borrill & Unsworth, 1998).** Le modèle de l'efficacité de l'équipe repose sur une approche « *Input-Process-Output* » où les entrées « *inputs* » sont reliées à la tâche, à la composition du groupe, au contexte culturel et organisationnel. Dans ce modèle, les entrées influencent des variables rattachées aux processus d'efficacité. Ces variables sont le leadership, la communication et les processus de décisions. Les résultats « *outputs* » concernent la performance, l'innovation, le bien-être et la viabilité. Ce modèle a été utilisé au Royaume-Uni pour étudier les organisations du système de santé NHS (National Health System).
- **Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1999 bonifié en 2004).** Ce deuxième modèle est celui qui nous semble le plus pertinent puisqu'il a été validé par de nombreux auteurs, nous allons par la suite le décrire plus amplement.
- **Analytical framework of interdisciplinary collaboration (Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002).** Sicotte, D'Amour et Moreault, dans des travaux empiriques visant à mesurer l'intensité de la collaboration interdisciplinaire dans les centres de santé communautaire du Québec, ont proposé une théorie issue des théories organisationnelles des groupes de travail et des équipes auto administrées. L'utilisation d'un modèle « *Input-Process-Output* » a également été privilégiée. Ils supposent que l'intensité de la collaboration interdisciplinaire est déterminée par un effet conjugué des variables contextuelles sur des processus intragroupes. Les variables contextuelles retenues sont les caractéristiques des programmes et de ses gestionnaires. Quant aux variables associées aux processus intragroupes, ce sont : les croyances reliées aux bénéfices associés à la collaboration interdisciplinaire, l'intégration sociale, le degré de conflit associé avec la collaboration interdisciplinaire, l'accord avec la logique disciplinaire, l'accord avec la logique interdisciplinaire et les caractéristiques du groupe de travail. Les résultats de l'effet de ces variables sur les processus se mesurent en termes de coordination interdisciplinaire et d'activités de soins partagées. Cela permet d'évaluer l'intensité de la collaboration interdisciplinaire au sein d'un groupe.

Chaque modèle a ses avantages et ses inconvénients et aucun à lui seul ne peut permettre une compréhension complète du concept. Néanmoins, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour et al. nous semble le plus pertinent puisqu'il a été repris par de nombreux auteurs.

1.2.1 Le modèle de référence de D'Amour (1999-2004)

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour et al. (2004) (4) est issu de la sociologie des organisations : les recherches effectuées par (D'Amour, 1997), (D'Amour et al., 1999) et (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003) découlent de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993). Ce dernier conçoit l'organisation comme un système local d'actions résultant du jeu d'interstructuration d'un ensemble de règles (formalisation) et du monde des relations humaines (stratégie des intervenants)(6).

Dans ce modèle(7) , D'Amour divise le processus de collaboration en quatre dimensions dont deux se réfèrent aux relations entre les individus et deux au contexte organisationnel qui influence l'action collective. Ces quatre dimensions correspondent à la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance. Ces dimensions s'influencent mutuellement et sont interdépendantes.

Les dimensions relationnelles sont :

- « **la finalisation** » qui correspond à l'existence d'objectifs communs et à leur appropriation par les membres de l'équipe ; cela nécessite la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples et de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.
- « **l'intériorisation** » qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière. Cela se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

Les dimensions organisationnelles sont :

- « **la formalisation** » qui présente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures,
- « **la gouvernance** » qui renvoie aux notions de centralité, de leadership, d'expertise et de connectivité.

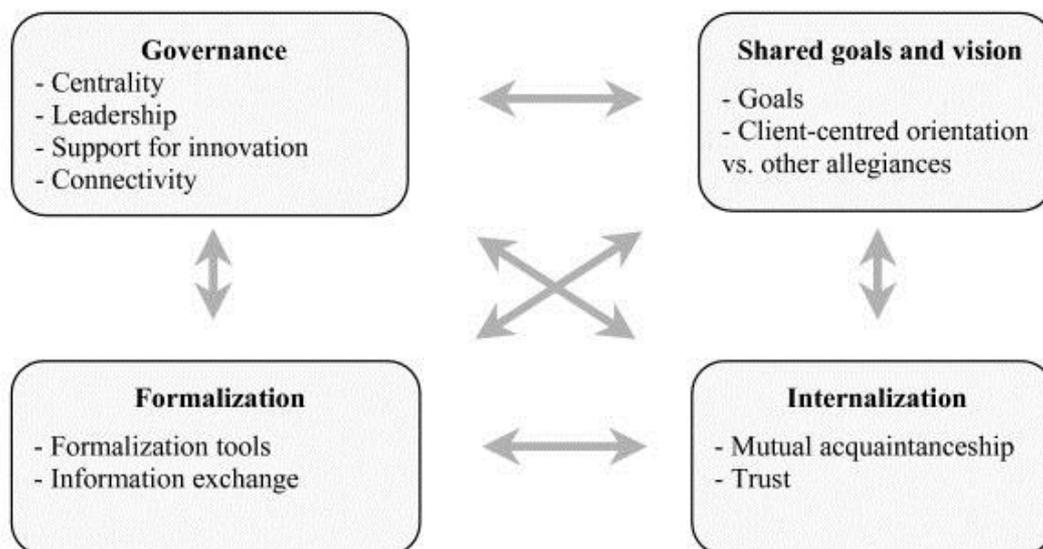


Figure 2: un modèle et une typologie de la collaboration (7)

1.2.2 Elargissement du modèle de D'Amour

Ce modèle a ensuite été intégré dans un modèle plus vaste intégrant la formation interprofessionnelle. Il s'agit du **modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient** proposé en 2005 par le Comité national canadien d'experts pour la formation interprofessionnelle. Il a été élaboré suite à une revue exhaustive d'études spécialisées et d'analyses environnementales (Santé Canada, 2004 ; D'Amour et al., 2005).

Ce cadre met en lumière l'interdépendance entre la formation interprofessionnelle reçue par les étudiants et la pratique en collaboration. Il met en évidence les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle au niveau micro (interactionnel), méso (organisationnel) et macro (systémique). Nous les détaillerons plus loin mais nous pouvons déjà préciser qu'ils affectent d'une part, les opportunités d'apprentissage des professionnels de santé à devenir des praticiens collaborateurs compétents et d'autre part, les résultats de santé découlant de la pratique en collaboration. L'apprenant et le patient sont au cœur de ce modèle.

En ce qui concerne la pratique en collaboration, la complexité des tâches à accomplir a une incidence sur la composition de l'équipe interprofessionnelle. Les résultats qui découlent de la collaboration sont l'amélioration des résultats de santé du patient, la satisfaction et le bien-être des patients, et les avantages pour l'organisation et le système de santé en général (6).

La formation interprofessionnelle **pour** une pratique en collaboration centrée sur le patient : un modèle en émergence

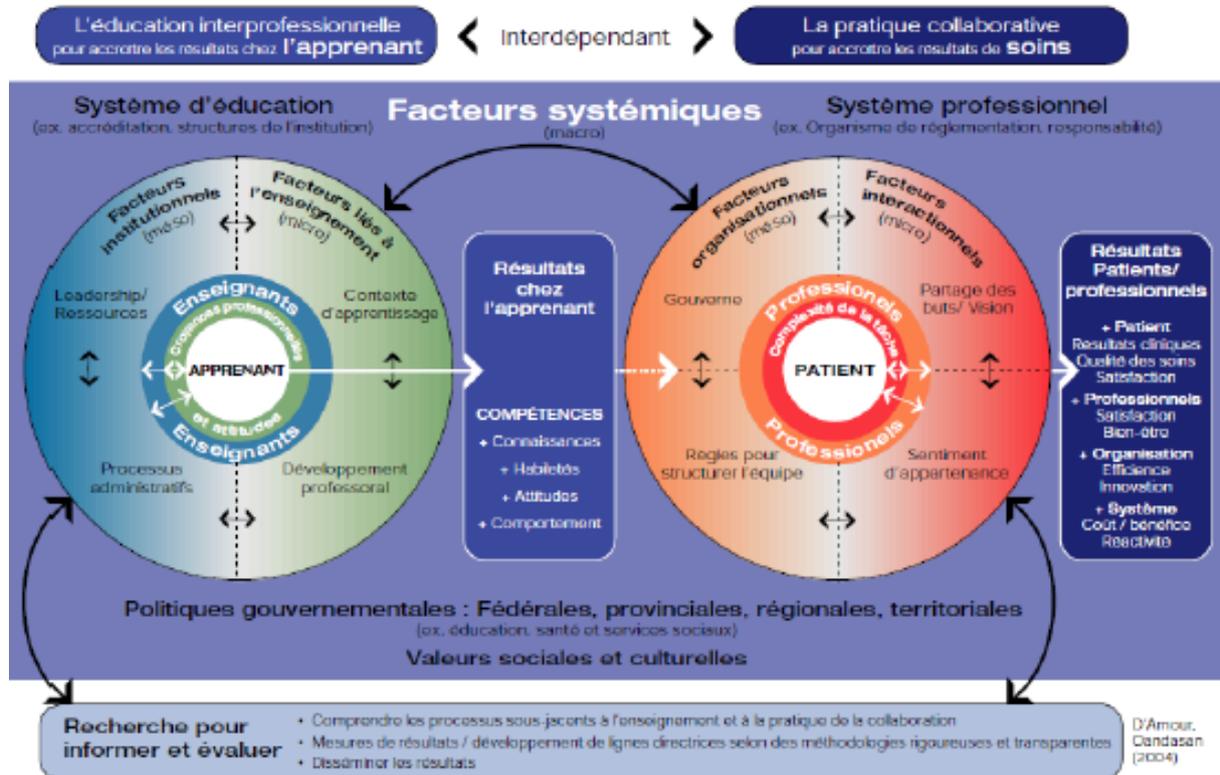


Figure 3: l'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative centrée sur le patient, D'Amour D, Oandasan I. 2005. IECPCP Framework, Santé Canada, pp. 240-250

Ce modèle se rapproche du modèle préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport de 2010 s'intitulant : « **Framework for Action on interprofessional Education and collaborative practice¹** » (8). L'OMS reconnaît qu'il existe assez de données dans la littérature pour confirmer qu'une éducation ou formation interprofessionnelle efficace permet d'atteindre une pratique collaborative effective. L'OMS place l'éducation interprofessionnelle comme une étape importante voire nécessaire pour préparer des professionnels de santé « prêts à une pratique collaborative » (*collaborative practice-ready health workforce*), permettant de répondre aux besoins de santé. L'OMS précise que la collaboration interprofessionnelle « renforce les systèmes de santé en améliorant la qualité des soins ».

« *learning together to work together for better health* »

¹ Cadre d'action pour l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration

Figure 6. Health and education systems

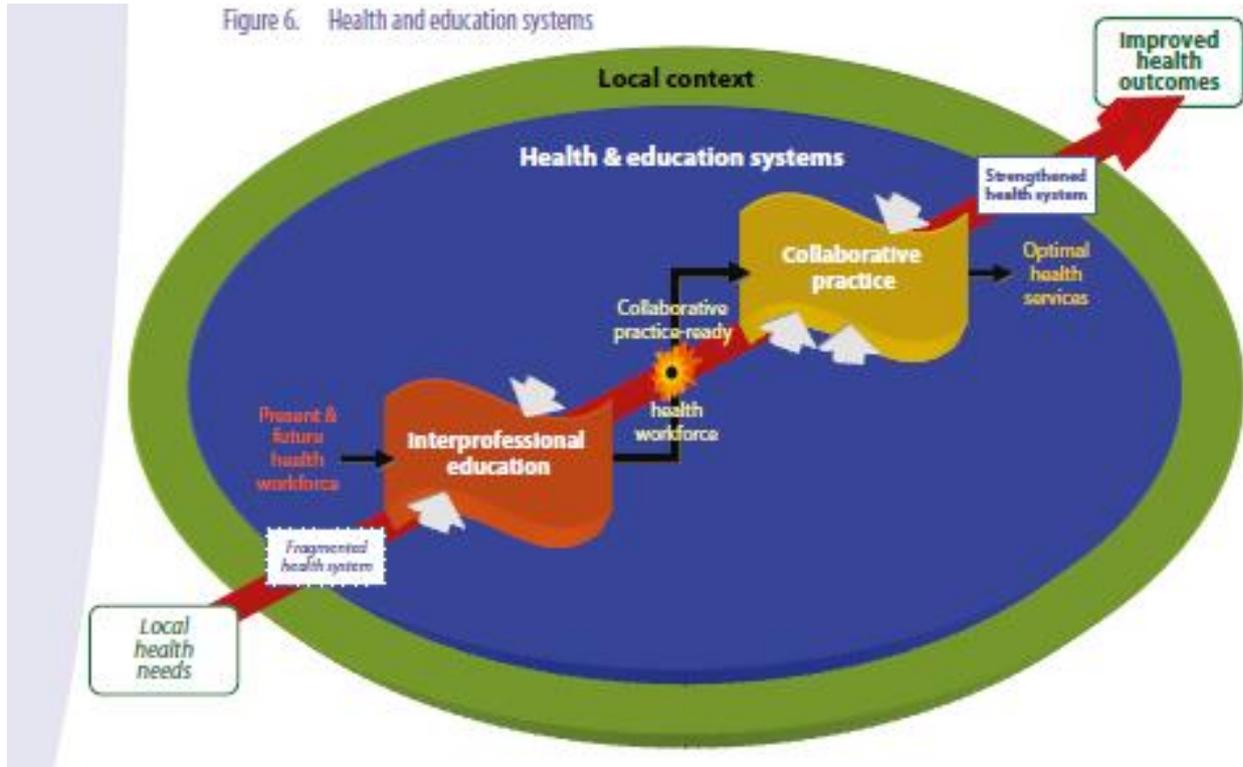


Figure 4: Santé et systèmes d'éducation, OMS, 2010

1.3 L'Éducation Interprofessionnelle

Les pays anglo-saxons apparaissent comme les précurseurs dans le développement de la collaboration interprofessionnelle, et cela a probablement été favorisé par la mise en place de l'éducation Interprofessionnelle depuis une quinzaine d'années. Une mise au point de ce type d'enseignement nous semble donc pertinente.

Le **Centre for the Advancement of Interprofessional Education CAIPE**² (9), définit l'éducation interprofessionnelle comme le fait que deux ou plusieurs personnes se forment ensemble, apprennent à se connaître et apprennent des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins. L'expression anglaise nous semble plus parlante:

“learn with, from and about each other “.

Reeves complète cette définition dans sa revue de la littérature de 2013 (10): L'éducation interprofessionnelle est définie comme une intervention durant laquelle des membres issus de plusieurs disciplines du secteur sanitaire et/ou social apprennent ensemble, en interaction, dans un but explicite d'amélioration de la collaboration et/ou de la santé d'un patient/client.

² Le CAIPE est une organisation du Royaume-Uni. Elle est consacrée à la promotion et au développement de l'éducation interprofessionnelle. Le CAIPE travaille en collaboration avec des organisations similaires, comprenant l'Académie d'Enseignement supérieur du Royaume-Uni, le Réseau d'Éducation Interprofessionnelle européen (EIPEN), l'Association Internationale pour l'Éducation Interprofessionnelle et la Pratique Collaborative (InterED) et le Réseau Vers l'Unité pour la Santé (le Réseau : TUFH).

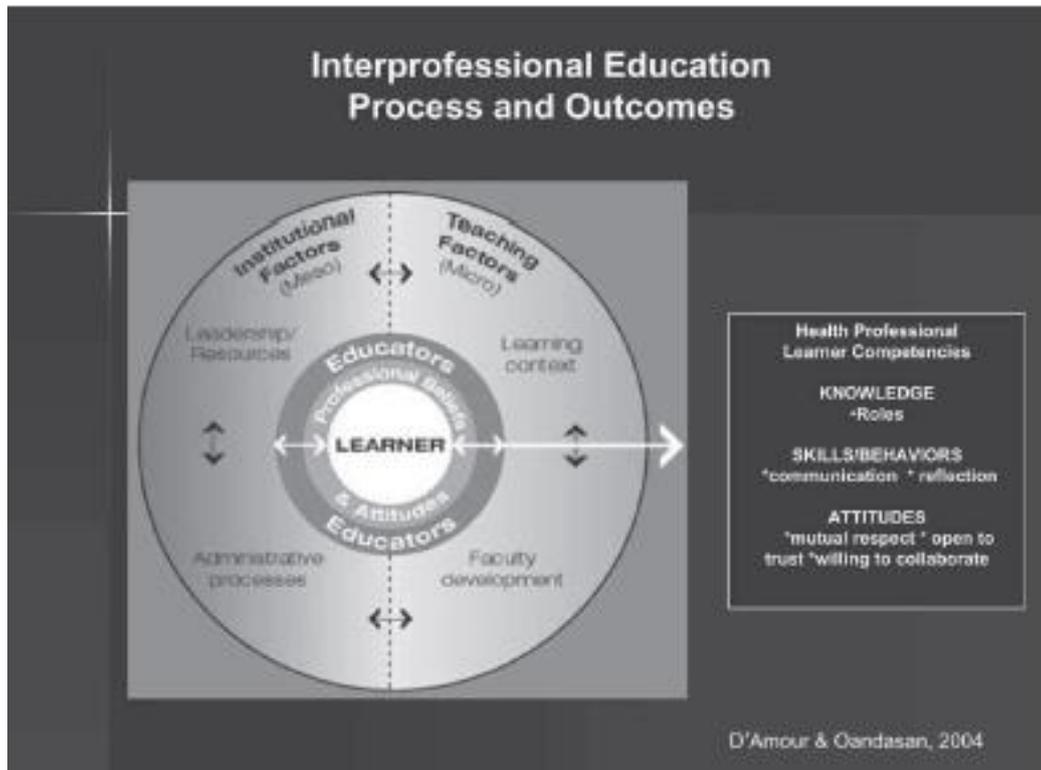


Figure 5: l'éducation interprofessionnelle, processus et résultats (2)

Selon D'Amour et Oandasan (2), pour être capable de travailler de manière collaborative, l'éducation interprofessionnelle doit amener à développer de meilleures :

- **Connaissances** sur le fonctionnement de groupe, les rôles et les responsabilités de chaque membre,
- **Compétences** : communication, réflexion sur la pratique, leadership,
- **Attitudes** : respect mutuel, volonté de collaborer, esprit d'ouverture, confiance.

Les revues de la littérature récente sur l'éducation interprofessionnelle, dont celle du Royal College of Nursing de Grande-Bretagne de 2007 (11) et celles de Reeves de 2011 et 2013 (12)(10) mettent en évidence plusieurs éléments :

- En promouvant les compétences et les comportements nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace, l'éducation interprofessionnelle conduit à une meilleure connaissance et compréhension des autres professions. Cela favorise une amélioration significative des attitudes interprofessionnelles et des compétences en collaboration, comme le suggère une étude qualitative menée par Robben(13).
- Elle peut s'effectuer sur des étudiants non diplômés ou des professionnels déjà en exercice. Elle concerne tous les secteurs de la santé et elle est particulièrement mise en place dans les domaines des soins palliatifs, des maladies cardio-vasculaires, de la prise en charge de personnes âgées ou de personnes en situation complexe, autant en milieu rural qu'urbain.

- Peu d'études rigoureuses évaluent l'efficacité de l'éducation interprofessionnelle comparativement aux formations professionnelles spécifiques. Il semblerait qu'elle ait pour conséquence une meilleure satisfaction des patients et de meilleurs résultats en termes de qualité de soin, d'une plus grande adhérence des professionnels aux recommandations et des résultats favorables en termes de changement de pratiques cliniques. Cependant, des études complémentaires de meilleure qualité sont nécessaires pour valider ses éléments.

Ainsi, l'éducation interprofessionnelle favorise le développement de la collaboration interprofessionnelle. Comme nous l'avons vu dans les définitions, l'intensité de la collaboration interprofessionnelle peut varier, il convient donc de définir les différents types de collaboration.

1.4 Typologie de collaboration

Plusieurs typologies de la collaboration sont énoncées dans la littérature. Les deux qui nous semblent les plus intéressantes sont d'une part la typologie de la collaboration proposée par D'Amour et al en 2008 (8), et d'autre part celle proposée par le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en Santé et Services Sociaux (RCPI)³ du Canada.

1.4.1 La typologie de collaboration selon D'Amour et Al

A partir des 4 dimensions principales (finalisation, intériorisation, formalisation et gouvernance) présentées dans notre modèle de référence, D'amour et Al ont développé 10 indicateurs qu'ils ont analysés en 2008 pour confirmer leur validité. Ils ont ainsi proposé une typologie de la collaboration pour évaluer le niveau de collaboration en fonction de ces indicateurs (13).

Ces dix indicateurs sont répartis dans les 4 dimensions :

- **Finalisation**
 - buts communs
 - Orientation centrée sur le patient
- **Internalisation**
 - Relation mutuelle
 - Confiance
- **Gouvernance**
 - Leadership central
 - Leadership local
 - Support pour innovation
 - Connectivité

³ Le RCPI a pour mission la valorisation et le développement de la collaboration interprofessionnelle (CIP) et de la formation interprofessionnelle en santé et services sociaux à l'Université Laval et au sein des établissements de son Réseau universitaire intégré en santé (RUIS-UL) au Canada.

- **Formalisation**
 - Outils de formalisation
 - Echange d'information

Pour évaluer une action entre plusieurs professionnels de santé, D'Amour et Al propose de coter chaque indicateur en fonction du degré d'accomplissement. Le résultat obtenu permet alors de définir la typologie de la collaboration interprofessionnelle, qui correspond au niveau de collaboration. Trois types sont distingués :

- La collaboration potentielle ou latente
- La collaboration en développement
- La collaboration active

Un tableau explicatif est disponible en annexe 1.

1.4.2 La typologie selon le RCPI

Dans un cadre plus pratique, le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en Santé et Services Sociaux (RCPI) du Canada propose un schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux (14) comme outil de conceptualisation dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle.

Partant du principe que la collaboration est un processus dynamique qui peut être perçue selon un continuum allant de l'unidisciplinarité à l'interdisciplinarité, il existe plusieurs niveaux de collaboration dans le domaine de la santé se fondant sur cinq axes : **le contexte, les objectifs de collaboration, l'interaction entre les individus, l'intégration des savoirs et les outils.**

Ces cinq axes interagissent entre eux. Suivant le contexte bio-psycho-social de la personne ainsi que la complexité de ses besoins, la situation peut nécessiter une collaboration plus ou moins étroite entre les intervenants. Ceux-ci ont alors des objectifs de collaboration bien précis qui les amènent à interagir créant une interdépendance plus ou moins intense. Cette interaction et cette interdépendance conduisent par conséquent à une intégration des savoirs disciplinaires qui permet de répondre de façon adéquate à la situation. L'interdépendance est alors observée autant dans les processus de prises de décision que dans le partage des responsabilités. Les intervenants doivent utiliser les outils appropriés, adaptés au niveau de collaboration vécue.

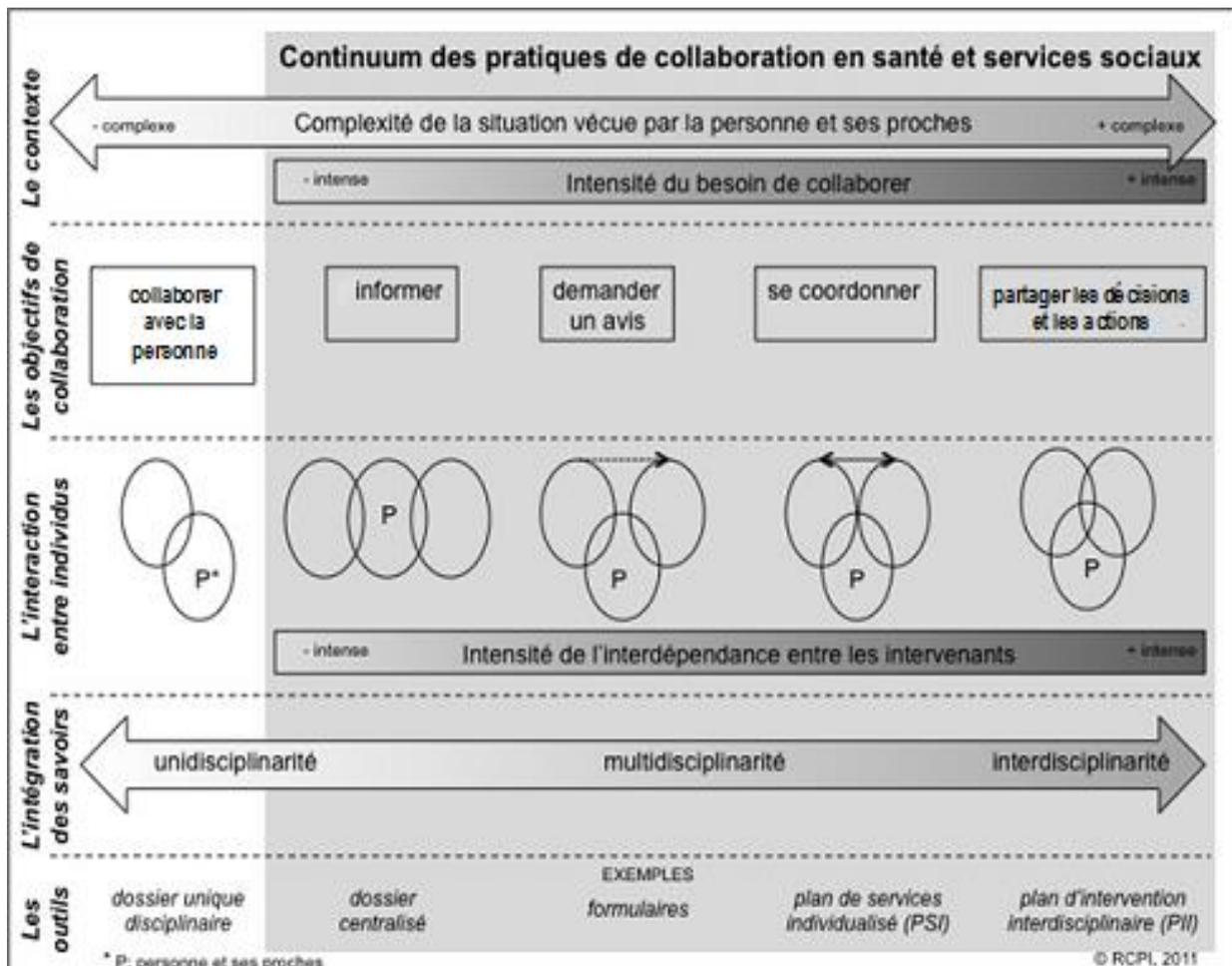


Figure 6 : schéma des pratiques de collaboration en Santé et services sociaux (14)

- **La pratique indépendante** : Lorsque la situation est très peu complexe on peut imaginer la présence d'un unique intervenant auprès de la personne et ses proches. La prise en charge est centrée sur le duo médecin-malade. On s'inscrit alors dans l'unidisciplinarité.
- **Niveau 1 de collaboration : le travail en parallèle** : Lorsque le contexte nécessite l'intervention de plusieurs intervenants mais que leur seul but est de se renseigner sur ce que chacun met en œuvre pour intervenir auprès d'un même patient. Les interactions entre intervenants sont minimales (notes contenues dans le dossier de la personne) voir même absentes. L'interdépendance est quasi absente et par conséquent les savoirs disciplinaires sont organisés en silo (unidisciplinarité). Cette situation est fréquemment rencontrée dans les soins primaires.

- **Niveau 2 de collaboration : le travail de consultation/référence** : Ce niveau intervient lorsque le contexte se complexifie légèrement et que l'avis (référence à) d'un professionnel d'une discipline différente devient nécessaire afin de clarifier, compléter ou orienter sa démarche clinique afin d'améliorer les soins ou services offerts à la personne. Ce niveau implique donc une reconnaissance des limites de son propre champ disciplinaire et le recours à l'expertise de l'autre. Cependant, les interactions entre les individus demeurent faibles et épisodiques puisqu'aucun engagement formel n'est présent entre les intervenants. En effet, le professionnel référent décide seul s'il tient compte de l'avis obtenu. Dans ce contexte, on peut considérer que les savoirs disciplinaires demeurent parallèles, mais qu'ils se juxtaposent de façon cohérente afin de répondre aux besoins de la personne, ce qui réfère à la multidisciplinarité,
- **Niveau 3 de collaboration : La coordination des soins et services** : l'objectif est de se coordonner pour organiser des soins cohérents en utilisant la complémentarité de chaque discipline. L'interaction doit alors s'intensifier et devenir bidirectionnelle. Les professionnels demeurent indépendants mais ils sont liés par un engagement moral envers les décisions prises concernant l'offre de soins et services. Cependant, la coordination demeure une juxtaposition d'objectifs disciplinaires, on reste donc dans le cadre de la multidisciplinarité et non de l'interdisciplinarité,
- **Niveau 4 de collaboration : la pratique partagée** : Dans ce contexte, la situation est tellement complexe qu'elle implique une harmonisation de point de vue des divers intervenants pour répondre de manière adéquate aux besoins de la personne. Une vision commune de la situation doit être développée pour ensuite élaborer ensemble un plan d'action commun. Les interactions sont donc plus intenses et conduisent à un réel partage entre les champs disciplinaire de chacun. Les professionnels s'engagent de façon formelle dans l'établissement du plan d'action commun et partagent de façon solidaire les responsabilités liées aux décisions d'équipe. Cela implique une forte cohésion entre les individus et une bonne intégration des savoirs. On atteint donc le stade de l'interdisciplinarité.

Ainsi, le développement de la collaboration jusqu'au stade d'interdisciplinarité apparaît comme une des solutions pour améliorer la qualité des soins, notamment lorsque les besoins du patient sont complexes. Comme le précise Joly (15), « l'interdisciplinarité, au sens où chaque professionnel apporte ses compétences dans un but commun, est une réponse à la complexité d'une situation, d'une prise en charge ». Il semble donc intéressant d'explorer quels sont les enjeux et les bénéfices du travail en interdisciplinarité.

1.5 Les intérêts de l'interdisciplinarité

Le développement de la collaboration interprofessionnelle réclamé par les instances politiques de nombreux pays, semble nécessaire pour répondre à plusieurs enjeux. De plus, les bénéfices liés à cette collaboration, si elle atteint le stade d'interdisciplinarité, sont vastes. Ils ne se limitent pas à la seule amélioration de la qualité de soins.

1.5.1 Les enjeux

Les enjeux sont multiples et sur différents plans (16):

- Pour le patient
 - L'interdisciplinarité nécessite de replacer le patient au centre de l'organisation. Il peut alors devenir un acteur, à part entière, dans l'équipe interdisciplinaire. Les tensions qui peuvent exister entre le patient et les soignants sont donc diminuées. Pour ce faire, le développement de l'éducation thérapeutique semble indispensable.

- Pour les soignants
 - Sur le plan personnel, le travail en interdisciplinarité demande un travail sur soi pour développer ou renforcer les compétences nécessaires à une collaboration efficace. Ces exigences peuvent faire progresser individuellement les personnes impliquées, car apprendre à travailler en équipe, c'est aussi apprendre à fonctionner en groupe. Et dans la vie quotidienne, l'être humain est très souvent amené à faire partie d'un groupe (famille, amis, ...).
 - L'interdisciplinarité peut également conduire à un accroissement de l'attractivité de certaines professions ; par exemple, pour les médecins généralistes, un exercice en interdisciplinarité peut contribuer à améliorer les conditions de travail en leur permettant de privilégier une activité purement médicale(17).

1.5.2 Les bénéfiques

Les bénéfiques attendus sont nombreux mais la plupart des études ayant démontré l'efficacité d'une collaboration interprofessionnelle effective, ont un niveau de preuve faible, comme le souligne Trivedi dans sa revue de la littérature de 2013 (18). Néanmoins, de nombreux critères sont souvent exposés comme des bénéfiques. L'impact d'une collaboration plus étroite entre les professionnels de la santé se situe à quatre niveaux : les patients, les professionnels, l'organisation et le système (2).

Pour le patient :

- Amélioration continue de la qualité de soin et de la qualité de vie (5) (19)(8),
- Amélioration continue de la satisfaction des patients (5) (8).

L'OMS reconnaît que la collaboration interprofessionnelle peut permettre une diminution du risque de complications pour les patients, une durée de séjour hospitalier réduite, une diminution des admissions hospitalières et dans certains cas une diminution du taux d'erreurs cliniques et du taux de mortalité.

Pour les soignants :

- Meilleur bien-être avec éloignement du risque de surmenage professionnel (*burnout*) (5) (20) (4),
- Meilleure satisfaction au travail (5) (19) par une diminution des tensions et des conflits entre acteurs de santé (8) grâce au développement de relation de confiance,
- Développement et le maintien d'un esprit d'équipe (21),
- Développement de compétences collectives, au-delà de la juxtaposition de compétences individuelles (22),
- Reconnaissance des limites de leur propre champ de compétences et du rôle de chaque professionnel, ce qui favorise le développement de compétences de travail en équipe (16),
- Création d'une culture commune grâce à un enrichissement interprofessionnel (5) encourageant la possibilité de co-construction d'activités (23), comme l'éducation thérapeutique du patient,
- Meilleure prise en compte de la complexité du patient (22).

Tous ces bénéfiques nécessitent le développement d'une communication efficace.

Pour les organisations :

- Amélioration de l'efficience en raison d'une réduction de la duplication dans la dispensation des services , d'une plus grande latitude de créativité (6), d'un recours aux spécialistes plus approprié(8).

Pour le système :

- Augmentation de la capacité à répondre aux besoins et une diminution des coûts (à long terme),
- Amélioration de la coordination des soins et des services de santé.

- Dans certains cas, bénéfiques dans le domaine de la santé publique : création, diffusion et/ou validation de procédures ; réactualisation de recommandations de pratiques cliniques ; constitution de banques de données servant à la recherche clinique et épidémiologique; diminution des coûts médicaux, personnels et sociaux ; et finalement diminution des coûts globaux des maladies (5).

Ainsi, on remarque que les bénéfices d'un travail en interdisciplinarité sont nombreux et ne touchent pas qu'à l'amélioration de la qualité des soins. Mais comment mettre en place une collaboration interprofessionnelle efficace ? Quels sont les obstacles à son développement ? Nous allons maintenant nous intéresser aux différents facteurs influençant la pratique en collaboration interprofessionnelle.

1.6 Les facteurs influençant la pratique en collaboration interprofessionnelle : facteurs favorisants et obstacles

La pratique en collaboration interprofessionnelle est un concept complexe car il est influencé par une multitude de facteurs : D'Amour et al (4) puis San Martin-Rodriguez (24) ont proposé de classer ces éléments en fonction de leur niveau d'action:

- Facteurs microstructurels : éléments propres aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe,
- Facteurs mésostructurels : éléments propres à l'organisation,
- Facteurs macrostructurels : éléments externes à l'organisation.

Ces différents facteurs sont des éléments clés du développement et du renforcement de la collaboration au sein des équipes. Ils peuvent aussi expliquer, en partie, la difficulté à promouvoir la pratique en collaboration interprofessionnelle (6).

1.6.1 Les facteurs microstructurels ou interactionnels

Ce sont les facteurs d'interaction qui dépendent des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Les deux facteurs de base sont la volonté et la communication.

La pratique de collaboration interprofessionnelle ne s'acquiert pas spontanément, elle nécessite une **volonté** de travailler ensemble (4). De cette notion fondamentale découlent tous les autres éléments. En effet, sans volonté de travailler en interdisciplinarité, chacun risque de rester cloisonné dans son propre champ de compétence.

Par ailleurs, la **communication** apparaît comme un des éléments fondamentaux de la collaboration interprofessionnelle. Elle permet des négociations constructives et elle véhicule d'autres facteurs tels que la confiance mutuelle, le respect mutuel ou bien le partage. Elle permet également aux professionnels de comprendre comment leur travail contribue aux résultats de l'équipe. Qu'elle utilise des méthodes formelles ou informelles, elle doit être de bonne qualité.

Une thèse de médecine générale de 2012 (25) portant sur l'amélioration de la communication entre les acteurs de santé de soins primaires, menée par C.Zagrodka, confirme que :

La communication entre les professionnels de soins primaires ambulatoires influence la qualité de la prise en charge des patients et les rapports entre professionnels. Elle est importante dans la connaissance des patients, dans la coordination des soins et dans la tenue de discours communs au patient afin d'éviter les erreurs liées à la transmission d'informations parfois contradictoires. Elle est souvent entravée par les rapports de hiérarchie s'exprimant souvent indirectement et de concurrence professionnelle. Le besoin d'améliorer la communication est largement reconnu.

Elle conclut en soutenant que : l'amélioration de la communication permettant le développement des coopérations pluridisciplinaires passe par la construction d'une relation cohérente entre les acteurs de soins. Elle doit être fondée sur un rapport égalitaire, en reconnaissant les champs de compétence réciproque, ce qui est essentiel pour s'affranchir des sentiments de hiérarchie et de concurrence.

Le Référentiel national de compétences en matière d'inter professionnalisme (26), composé par le Consortium Pancanadien pour l'Inter Professionnalisme en Santé (CIPS), propose une approche intégrée pour décrire les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Ces compétences font partie des facteurs microstructurels influençant la pratique en collaboration.

Six domaines de compétences sont exposés et font ressortir le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique indispensable à la pratique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Parmi ces six domaines de compétences, les deux premiers, à savoir **la communication interpersonnelle** et **les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté**, soutiennent les 4 autres : **clarification des rôles ; travail d'équipe ; leadership collaboratif ; résolution de conflits interprofessionnels.**

- **La communication interpersonnelle** implique de mettre en place des principes de communication adaptés au travail d'équipe (vocabulaire compréhensible par tous, écoute active, relation de confiance et respect mutuel, utilisation optimale des technologies de l'information, esprit d'ouverture, ...),
- **Les soins centrés sur la personne** : les professionnels doivent chercher à intégrer et valoriser la contribution et la participation de la personne à la planification des soins ainsi que sa mise en œuvre et son évaluation. Elle nécessite donc de partager les informations avec la personne de façon respectueuse et compréhensible, de la soutenir et d'écouter les besoins exprimés par tous les intervenants y compris la personne qui est un partenaire à part entière. « Tout doit rester centré sur le patient : respect de l'autonomie, confidentialité, information, consentement, participation. »(5),

- **Clarification des rôles** : chaque professionnel doit être capable de définir son rôle et celui des autres, cela permet de reconnaître et respecter la diversité des compétences de chacun, tout en assumant son propre rôle. L'utilisation de cette compétence de manière appropriée, en recourant aux compétences de chacun, permet d'établir et d'atteindre les objectifs de la personne,
- **Le travail d'équipe** : la compréhension des principes de la dynamique de travail en équipe et les processus de groupe est importante pour la collaboration interprofessionnelle. Elle passe par l'établissement d'un ensemble de principes régissant le travail en collaboration en respectant les valeurs de chacun, le respect de l'éthique de groupe, l'établissement et l'entretien de relations de travail saines et efficaces entre les professionnels et avec le patient,
- **Le leadership collaboratif** : les professionnels se concertent pour identifier l'individu ou le « chef d'orchestre » qui assumera la direction du groupe dans telle ou telle situation en favorisant la promotion de relation de travail fondée sur l'interdépendance et sur l'adoption de mesures favorisant une prise de décision partagée. Le rôle de leadership est composé de deux éléments : l'orientation vers la tâche et l'orientation vers la relation. Dans le premier cas, le leader aide les autres membres à se centrer sur la tâche à accomplir pour atteindre un objectif établi d'un commun accord. Dans le second cas, le leader aide les membres à travailler plus efficacement ensemble. Le leader doit posséder les qualités suivantes : capacité à comprendre les autres, à les respecter, à apprendre d'eux, à savoir réfléchir au-delà des limites de sa propre discipline ; être capable de synthétiser les contributions de chacun et de formuler des propositions accessibles à tous ; savoir faciliter le travail au quotidien de chacun tout en gardant une vue d'ensemble et une aptitude à anticiper ; savoir organiser l'ensemble de l'équipe autour des objectifs communs, de diffuser la culture commune, gérer efficacement les conflits lorsqu'ils émergent, fixer des règles et une temporalité dans l'évolution du projet ; avoir une attitude et un esprit démocratique ; savoir être flexible et créatif ; savoir évaluer(21).
- **La résolution de conflits interprofessionnels** : les membres de l'équipe doivent adopter une approche constructive de résolution des conflits, en appréciant la nature potentiellement positive des conflits, en identifiant les situations courantes susceptibles de mener à des conflits (différents rôles, hiérarchie, objectifs divergents) et en travaillant concrètement à la gestion et à la résolution des différends. Tout cela nécessite la création d'un environnement propice à l'expression d'opinions différentes.

La figure 1 illustre l'agencement des domaines et met en évidence trois éléments contextuels qui influencent la manière dont le référentiel de compétences peut être appliqué dans différentes situations. Les domaines de compétences et les éléments contextuels sont décrits ci-dessous.

Figure 1. Référentiel national de compétences en matière d'Interprofessionnalisme.

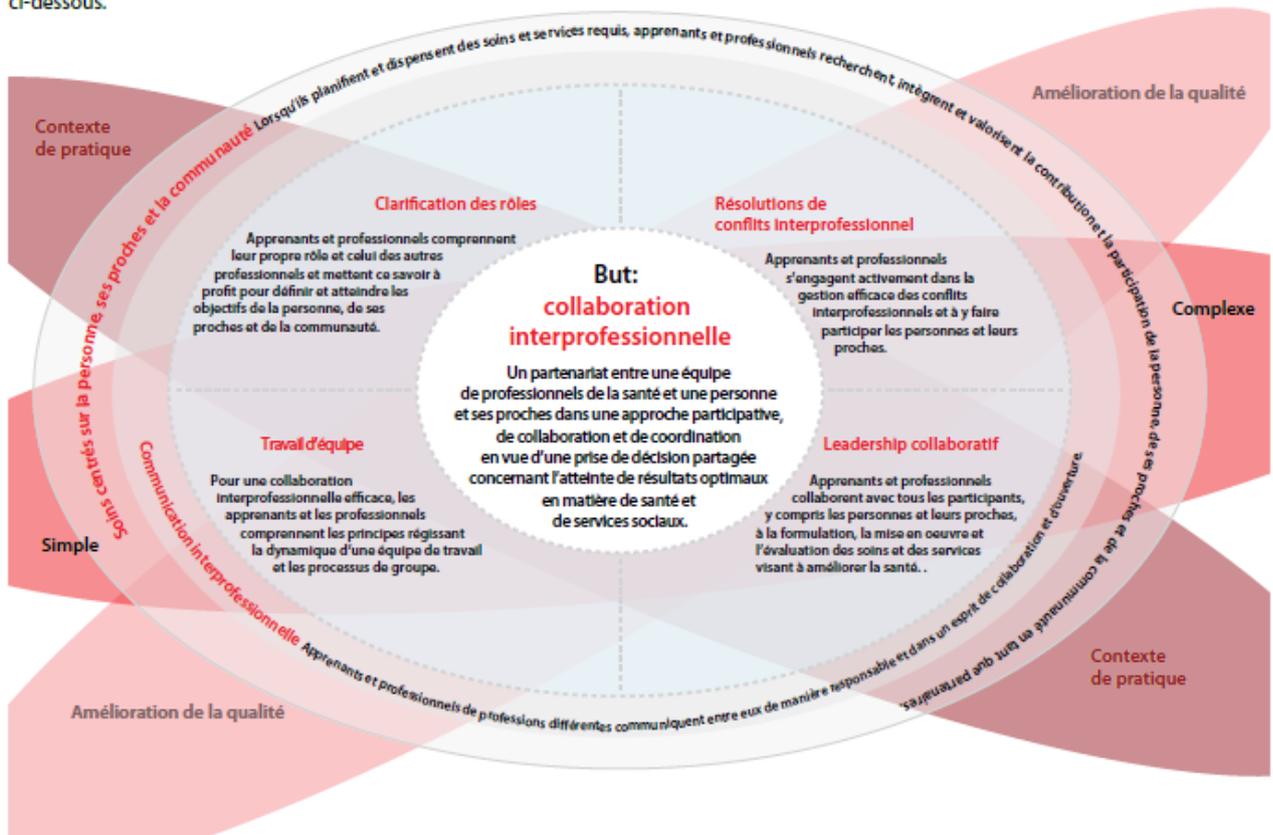


Figure 7: référentiel canadien de compétences en matière d'interprofessionnalisme (26)

Par ailleurs, la littérature décrit l'existence d'autres facteurs micro structurels essentiels qui favorisent le processus de collaboration dont :

- **la confiance en soi et la confiance envers les collègues** : la confiance dépend en partie des compétences (habiletés et connaissances) et de l'expérience des professionnels en place. Les intervenants doivent se connaître personnellement et professionnellement(6)(5)(19),
- **le respect mutuel** : le respect mutuel implique la reconnaissance de la complémentarité des contributions des autres professionnels dans l'équipe et leur interdépendance (24),
- **La tolérance et l'ouverture** qui comportent l'acceptation de l'inconnu, de l'inattendu, de l'imprévisible et la reconnaissance du droit aux idées et aux convictions contraires aux nôtres (21),

- **Une compétence solide et reconnue de chacun dans son propre champ disciplinaire** (15). Ce thème est essentiel, car un travail interdisciplinaire de qualité ne peut se concevoir que si chacun apporte une contribution optimale, autonome et responsable de sa discipline à la gestion de la situation complexe,
- **La pratique de l'humour** peut aider chaque membre d'une équipe interdisciplinaire à nuancer ses croyances erronées sur lui-même, sur le travail en équipe et sur l'interdisciplinarité. Cela permet de développer un sentiment de contrôle de soi, d'efficacité personnelle et de bien être accru. Sa pratique permet de nuancer les croyances et de stimuler la créativité. La résolution de problème en est facilitée. Il permet de rencontrer les objectifs de travail d'une façon créative, de transmettre l'information de façon persuasive et efficace ainsi que d'exprimer son désaccord d'une manière socialement acceptable. L'utilisation des procédés humoristiques en contexte interdisciplinaire favorise le maintien d'un environnement de travail agréable en redirigeant l'attention vers la tâche et en permettant l'échange des divers points de vue. Le sens de l'humour est un atout pour le membre voulant exercer un leadership positif, souple et démocratique (27),
- **La maturité** : les professionnels doivent dépasser le phénomène d'illusion groupale pour accepter les différences et reconnaître les individualités. *« L'illusion groupale est un phénomène psychique mis en place inconsciemment par un groupe pour se protéger contre les sentiments de menace, de dépersonnalisation, de dépendance et d'abandon vécus à des degrés divers par chaque membre du groupe. Ce phénomène a donc pour fonction de remplacer l'identité de l'individu par une identité de groupe, de sorte que les individus s'y affirment tous identiques. La fin de cette illusion est incontournable et nécessaire pour pouvoir accepter la différence individuelle et son expression sans sentiment de menace »*(15),
- **La rigueur** apparait comme le garde-fou à l'égard des dérives possibles (15).

1.6.2 Les facteurs organisationnels ou mésostructurels

Pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, un environnement organisationnel propice est nécessaire. Les facteurs organisationnels sont des déterminants qui dépendent du milieu de travail.

Plusieurs éléments, décrits par San Martin Rodriguez (24) et repris par l'OMS, sont à prendre en compte :

- **Structure organisationnelle** : Celle-ci devrait privilégier davantage une structure horizontale, décentralisée, par opposition à une structure plus traditionnelle et hiérarchique qui ne facilite pas la mise en place d'une prise de décision partagée et d'une communication ouverte. Cela implique une reconnaissance de l'interdépendance de tous les membres de l'équipe(6),

- **Philosophie de l'organisation** : la philosophie doit soutenir la pratique collaborative entre les professionnels, et promouvoir des valeurs comme la participation, la loyauté, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance(24),
- **Soutien administratif** : les gestionnaires des établissements doivent transmettre une vision de la pratique interprofessionnelle, motiver les professionnels à adhérer à une telle pratique et être en mesure de créer un cadre de travail propice. Cela peut être facilité par la présence de leader(6),
- **Ressources de l'équipe** : la disponibilité d'un temps suffisant est nécessaire pour partager l'information et développer des relations interprofessionnelles. De plus, le fait de partager un lieu commun et travailler à proximité de ses collègues favorise la collaboration tout en réduisant la territorialité entre les professions,
- **Coordination et mécanismes de communication** : la pratique collaborative est facilitée par l'accès à des normes, des politiques d'établissement, un protocole de travail interdisciplinaire et une documentation standardisée et unique, ainsi que par la mise en place de rencontres formelles entre tous les professionnels de l'équipe (24). L'objectif étant d'aboutir à des prises de décisions partagées, le contexte institutionnel doit favoriser l'accès à l'information en utilisant toutes les technologies de l'information disponibles et stimuler la formation interprofessionnelle.

Par ailleurs, Xyrichis dans sa revue de la littérature de 2007 portant sur les facteurs influençant le travail d'équipe interprofessionnelle dans les soins de santé primaire(28), reprend et complète les éléments mentionnés ci-dessus, en les regroupant selon qu'ils influencent la structure de l'équipe ou bien le processus de l'équipe.

Parmi les facteurs influençant la structure de l'équipe, il évoque :

- La nécessité d'avoir **un lieu commun** ce qui facilite l'échange d'information, la communication et améliore la connaissance entre les professionnels,
- **La taille de l'équipe**, une équipe plus petite (< 10 personnes) fonctionne plus efficacement qu'une grande, mais une équipe plus grande fonctionne mieux en terme de pratique clinique,
- **La composition de l'équipe** : plus une équipe est diversifiée, plus elle gagne en efficacité et dans l'introduction d'innovation plus radicale,
- **La stabilité de l'équipe** : celles qui travaillent ensemble depuis longtemps sont plus efficaces.
- **Un leadership collaboratif**,
- **Un support organisationnel** permettant de récompenser l'amélioration du travail en équipe, ce qui encourage les innovations et les changements de pratiques en évitant le découragement.

Les facteurs influençant les processus de l'équipe sont :

- **Les réunions d'équipe régulières** qui favorisent un travail d'équipe efficace avec un plus haut niveau d'innovation car elles permettent de casser les barrières professionnelles et favorisent la communication interprofessionnelle ; néanmoins les $\frac{3}{4}$ des équipes étudiées n'ont pas de réunions régulières et communiquent lorsqu'elles en ressentent le besoin,
- **L'existence d'objectifs d'équipe partagés et clairs**, cela facilite le travail d'équipe en aidant chaque membre à clarifier son rôle et ses responsabilités. Selon eux, ce facteur aurait le plus gros effet sur l'efficacité du travail d'équipe en soins primaires,
- **Une évaluation régulière des processus de travail et des résultats**, ceci permettrait de discuter des problèmes, de trouver les solutions appropriées, de reconnaître la contribution de chacun et ainsi faire des « *feed-back* » efficaces pour soutenir et améliorer leur performance. Parallèlement, cela permet de redonner de l'énergie et de la motivation aux membres de l'équipe en faisant la publicité de leur succès.

En outre, le **maintien de liens avec l'extérieur** est nécessaire car fonctionner en interdisciplinarité ne peut pas nous extraire du monde environnant.(15)(22)

1.6.3 Les facteurs macro structurels ou systémiques

Ces facteurs sont externes à l'organisation tels les systèmes sociaux, culturels, professionnels et éducatifs(24).

- **Au niveau du système social** : il est, selon certains auteurs, à l'origine de différences de pouvoirs entre les professionnels d'une équipe ; Or pour atteindre une collaboration interprofessionnelle effective, les professionnels doivent être placés sur un pied d'égalité. La pratique collaborative peut donc être entravée par des différences de pouvoir basée sur les stéréotypes de genre et les disparités de statuts sociaux entre les professionnels,
- **Au niveau du système culturel** : celui-ci peut également entraver le développement de la collaboration, dans le sens où certaines professions peuvent être fortement attachées à des valeurs s'opposant à l'esprit de la collaboration, comme l'autonomie par exemple,
- **Au niveau du système professionnel** : Chaque professionnel a été formé à sa discipline avec son propre jargon, sa philosophie, ses valeurs et ses propres bases théoriques. Cela a tendance à créer des frontières entre les professions. Le processus de professionnalisation est basé sur l'autorité, l'autonomie et le pouvoir. À l'opposé, la pratique collaborative, tout en respectant la contribution propre à chacun, dépend de la reconnaissance des professionnels, de leur interdépendance les uns envers les autres et l'acceptation d'une zone grise entre les professions,

- **Au niveau du système éducatif** : celui-ci apparaît comme l'un des déterminants principaux de la pratique en collaboration interprofessionnelle. A l'heure actuelle, en France, les étudiants en santé ne sont pas, ou très peu, confrontés aux étudiants d'autres disciplines. Par conséquent, ils ne connaissent ni les pratiques, ni les expertises, ni les compétences ni les valeurs des autres professionnels. Ces méconnaissances constituent un obstacle important au développement de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, le développement de la formation interprofessionnelle initiale et/ou continue, constitue un objectif majeur pour préparer les professionnels de santé à collaborer efficacement,
- **Les facteurs économiques** : Dans un contexte de réorganisation des soins primaires pour faire face aux nouveaux besoins de santé de la population, le financement des soins primaires doit favoriser la mise en place de la collaboration interprofessionnelle par exemple en rémunérant les temps de coordination ou les actions collectives pour un même patient. Quant à la rémunération des professionnels, une rémunération salariale des médecins plutôt qu'une rémunération à l'acte favoriserait le développement la collaboration interprofessionnelle (15),
- **Les facteurs législatifs et réglementaires** : des ajustements sont nécessaires pour permettre une plus grande flexibilité des rôles professionnels (délégation de tâches par exemple).

Pour conclure cette première sous-partie, nous pouvons retenir que la collaboration interprofessionnelle est un processus dynamique d'interaction entre des professionnels de santé visant à améliorer la prise en charge des patients. Suivant le contexte bio-psycho-social de la personne ainsi que la complexité de ses besoins, la situation peut nécessiter une collaboration plus ou moins étroite entre les intervenants. L'interdisciplinarité représente l'objectif à atteindre pour des patients en situation complexe. Elle permet une intrication entre les différentes disciplines visant à potentialiser et optimiser les ressources disponibles pour répondre à un objectif commun. Cela demande de la complémentarité, de la synergie, de la coordination et de l'évaluation. L'interdisciplinarité nécessite une bonne communication et une formation d'équipe. Différents facteurs influencent la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle.

Nous allons maintenant dans une deuxième sous-partie décrire le système de soins de santé primaires français afin de comprendre s'il favorise la mise en place d'un travail interdisciplinaire.

2 LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES FRANÇAIS

La santé, son financement et la qualité des soins sont des préoccupations majeures des Français et donc des institutions politiques(29). On assiste depuis une quinzaine d'année à une réorganisation du système de santé français, la tendance actuelle est de le recentrer sur les soins primaires, garants d'un meilleur accès aux soins et d'une plus grande efficacité, caractéristiques fortement recherchées dans ce contexte de changement démographique et de conjonction économique défavorable.

Dans un premier temps, une caractérisation de ces soins de santé primaires ambulatoires nous paraît intéressante.

2.1 Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé une définition des soins de santé primaires en 1978 dans sa déclaration d'Alma-Ata :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.(30)

Cette définition est ensuite complétée par plusieurs actions que les soins de santé primaires doivent développer, à savoir : l'éducation à la santé, la promotion de la santé, la prévention (PMI – vaccination) en plus des actions de soins et de réadaptation.

Cette définition met en avant les caractéristiques principales des soins de santé primaire, à savoir **l'accessibilité, la notion de premier recours, la continuité des soins et la prise en charge globale.**

Le médecin généraliste exerçant au plus près de la population, en ambulatoire, est donc placé au cœur des soins primaires. La WONCA ⁴ dans sa définition de la médecine générale de 2002 (31), confirme que la médecine générale inclut toutes les propriétés des soins primaires au niveau d'un praticien.

⁴ La WONCA (acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

De par le monde, les soins de santé primaires peuvent s'organiser différemment.

2.2 Trois modèles d'organisation des soins de santé primaires

Bourgeuil a proposé en 2009 une typologie des modèles d'organisation des soins de santé primaires à partir de l'analyse de ces systèmes en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande (32). Selon lui, il existerait 3 modèles :

- Le modèle professionnel non hiérarchisé
- Le modèle normatif hiérarchisé
- Le modèle professionnel hiérarchisé

2.2.1 Le modèle professionnel non hiérarchisé

Ce modèle correspond à une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs. Il est caractérisé par « l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires ».

Plusieurs caractéristiques sont retrouvées :

- La coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée,
- Un accès direct possible pour le patient à des soins spécialisés en ambulatoire et une médecine libérale majoritaire payée à l'acte,
- Une pratique de la médecine générale en solitaire majoritairement et des centres de santé minoritaires orientés vers les populations défavorisées.

Ce modèle répond aux exigences de soins primaires, à savoir l'accessibilité, la proximité, la permanence, mais il n'y a pas de coordination ni de structuration des soins primaires.

La France a longtemps été dans ce type de modèle mais depuis la loi d'août 2004 qui a introduit la notion de parcours de santé, puis la Loi HPST de 2009 qui permet le développement de collaboration interprofessionnelle, elle tend à se rapprocher des 2 autres modèles.

2.2.2 Le modèle normatif hiérarchisé

Dans ce modèle, le système de santé est organisé autour des soins primaires et il est régulé par l'état à travers une législation. Les principales caractéristiques de ce modèle sont :

- Les centres de santé, à statut public, qui sont les pivots du système. Ils accueillent des équipes de travail pluridisciplinaires ce qui permet de développer des collaborations interprofessionnelles,

- La loi propose de fixer des ratios d'offre en soin primaire en fonction de la population. Ces ratios s'expriment sous la forme du nombre de professionnels (médicaux et paramédicaux) par unité de population,
- L'organisation est décentralisée : ce sont les autorités locales qui gèrent l'offre de soins et elles ont la responsabilité et la capacité de financer les dépenses de santé par des prélèvements et des taxes. Néanmoins, il s'agit de systèmes nationaux de santé, le financement des soins reposant majoritairement sur les impôts,
- Les médecins spécialistes exercent essentiellement à l'hôpital, en deuxième recours.

2.2.3 Le modèle professionnel hiérarchisé

Le médecin généraliste apparaît comme le pivot du système dans ce modèle ; les soins primaires y sont donc largement assimilés à la médecine générale. Il existe un projet explicite global de soins primaires fondé sur une approche populationnelle et hiérarchisée mais non soumis à une législation.

Les caractéristiques de ce modèle sont :

- Les fonctions centrales des médecins généralistes : le « *gate-keeping* » qui correspond à une régulation de l'accès aux soins spécialisés situés à l'hôpital ; la prévention et la coordination des soins dans une logique populationnelle, ainsi que la gestion des ressources (les ressources ont été décentralisées vers des instances de régulation associant les professionnels à un échelon supérieur à celui du cabinet),
- Regroupement des médecins généralistes au sein de cabinets associant plusieurs professionnels de santé. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin,
- Mixité des modes de rémunération et de contractualisation des médecins généralistes, associée à l'introduction de mécanismes de paiement à la performance ainsi qu'un soutien financier au développement de pratique en équipe, associé à l'émergence d'un nouveau rôle infirmier (infirmière praticienne).

Ces 3 modèles ont tendance à se rapprocher depuis une vingtaine d'années. En effet pour faire face aux nouvelles difficultés du système de santé (le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques et/ou complexes, les changements au niveau de la démographie médicale et le coût croissant des technologies médicales), les systèmes de santé doivent s'adapter pour rester efficaces et maintenir une qualité de soin optimale.

Au niveau mondial et essentiellement dans les pays développés, plusieurs stratégies se sont mises en place dont :

- **La décentralisation.** Elle a pour objectif de responsabiliser les collectivités en leur accordant une plus grande autonomie sur l'organisation des soins primaires mais en contrepartie elles doivent assumer la charge financière de leurs propres décisions.

- **Le développement de la coordination des soins** qui semble être indispensable. Il peut passer par un regroupement des professionnels en mode pluridisciplinaire, par des programmes de coordination des soins ou par les deux. Cela favorise la collaboration interprofessionnelle et peut aboutir à l'émergence de nouveaux métiers (coordonnateur de soins) et de nouveaux rôles au sein de certaines professions, comme les infirmières praticiennes au Royaume-Uni qui se voient confier des actions de prévention, de suivi de maladie chronique, d'accueil et de triage de patient au sein de centres de santé.

- **Le développement de collaboration interprofessionnelle au sein de structures de soins unifiés.** Samuelson, lors du forum européen des soins primaires de 2012 (33), a mis en avant les conditions nécessaires pour améliorer la collaboration interprofessionnelle :
 - Travailler ensemble dans la même organisation de soins primaires : le même local (31) ou un lieu virtuel où les relations sont « continues » (exemple des réseaux),
 - Mettre en place l'éducation interprofessionnelle pour développer les compétences nécessaires au travail en équipe « *learning from and about each other* »,
 - Maintenir une offre de soins acceptable, ce qui peut passer par le recours à des professionnels étrangers ou par une meilleure utilisation des professionnels disponibles, en déléguant certaines tâches à d'autres professions par exemple,
 - Instaurer une politique de partage de compétences pour répondre aux besoins de la population.

- **La rémunération des médecins.** Celle-ci doit également évoluer, des modes mixtes de rémunération semblent nécessaires : le paiement à l'acte doit être complété par des paiements à la capitation (rémunération en fonction du nombre de patients à charge), par des paiements à la performance voire par une part salariale. Une rémunération du temps de travail en équipe doit également être proposée.

- **Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)** qui repose sur l'amélioration du partage de l'information grâce à la télémédecine.

Suite à cette description des différentes organisations possibles, recentrons-nous sur le système de soins de santé primaires français.

2.3 Le système de soins de santé primaires en France

Historiquement notre système de soins de santé primaires suivait un modèle de type professionnel non hiérarchisé. Ceci s'explique par la charte de la médecine libérale de 1927 qui permet une grande liberté aux médecins et aux patients : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation.

Les soins de santé primaires ambulatoires sont relativement bien développés en France en raison d'une accessibilité facilitée par un mode d'exercice en libéral de la plupart des médecins généralistes et par l'existence de plusieurs structures de soins ambulatoires comme les services de soins infirmiers à domicile, la Protection Maternelle Infantile (PMI), l'hospitalisation à domicile, la médecine scolaire, la médecine du travail, les centres d'examen de santé de certaines caisses d'assurance maladie ou bien des organisations de type SOS médecins. Cependant, on remarque que l'inégalité d'accès aux soins s'accroît depuis quelques années en France.

Par ailleurs, deux problèmes majeurs persistent, empêchant d'atteindre les autres objectifs des soins primaires, à savoir une bonne continuité des soins et une prise en charge globale de qualité. Il s'agit d'une part du manque de coordination des professionnels entre eux, et d'autre part d'une collaboration interprofessionnelle encore peu développée. Des initiatives ont été mises en place pour faire face à ces problématiques.

Dans un premier temps, il nous paraît important de préciser les facteurs qui conduisent à l'évolution du système ; puis dans un deuxième temps d'exposer les principales mesures législatives et politiques mises en place pour faire face à ces nouveaux défis, et enfin, dans un troisième temps de décrire les initiatives actuelles en France visant à améliorer le système de santé à travers le développement de la collaboration interprofessionnelle.

2.4 Les facteurs explicatifs de l'évolution du système de santé

2.4.1 Le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques

La génération du baby-boom va inéluctablement vieillir, cette constatation associée à l'augmentation (ou à la stagnation) de l'espérance de vie aboutira à une augmentation de la proportion de personnes âgées. L'INSEE prévoit que le pourcentage de personnes de plus de 60 ans en France métropolitaine passera de 20,8 % en 2005 à 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050 (34).

Or, il est bien connu et reconnu que les personnes âgées consomment plus de soins médicaux et paramédicaux. En effet avec le développement de pathologies chroniques plus ou moins associées à une diminution de l'autonomie, elles ont un recours plus fréquent à leurs médecins et nécessitent une prise en charge sociale plus importante(35).

En outre, de plus en plus de personnes souffrent de pathologies chroniques. En France, vingt-huit millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques, 9 millions sont déclarées en ALD (affections de longue durée) (36). Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé puisqu'environ un français sur cinq souffre d'une maladie chronique.

Les professionnels de santé devront donc faire face à une augmentation quantitative de la charge de travail mais aussi qualitative dans le sens où ils devront œuvrer pour une prise en charge globale de patients en situation complexe (vieillesse, handicap et/ou pathologies chroniques). Et plus la situation se complexifie, plus le nombre d'intervenants augmente d'où la nécessité d'optimiser leur coordination. De plus, la prise en charge de personnes souffrant de pathologies chroniques nécessite une bonne coordination entre le domicile et l'Hôpital ainsi qu'entre les acteurs du domaine sanitaire et du domaine social.

2.4.2 L'augmentation des dépenses de santé

En 60 ans, la part de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) dans le PIB⁵ est passée de 2,6 % en 1950 à 9% en 2012, soit 183,6 milliards d'euros (37) Selon la DREES⁶, le montant des dépenses courantes de santé⁷ s'élève à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du Produit Intérieur Brut (PIB).

La progression actuelle des dépenses de santé est en retrait par rapport aux évolutions passées. En effet de 1950 à 1985, les dépenses de santé progressaient plus rapidement que le PIB puis elles se sont stabilisées à partir des années 1990 sous l'effet de mesures de régulation. Cependant, la consommation de soins et de bien médicaux est toujours en augmentation (+ 2,7 % en 2012) tandis que son prix moyen recule légèrement pour la troisième année consécutive : -0,4 % en 2012, après -0,2 % en 2011 et -0,3 % en 2010. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville.

Par ailleurs le développement de nouvelles technologies médicales augmente également les dépenses de santé.

Dans un contexte de crise économique depuis 2008, les pouvoirs publics cherchent à faire des économies ; la régulation des dépenses de santé est donc un de leurs objectifs.

⁵ PIB = Produit Intérieur Brut

⁶ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est une direction de l'administration publique centrale française.

⁷ Les dépenses courantes de santé correspondent aux CSBM +les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les Services de Soins à Domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé

2.4.3 La démographie médicale

On assiste également à une diminution de l'offre en lien avec des changements démographiques et sociologiques des professions médicales.

2.4.3.1 La densité médicale

La plupart des français pensent que nous sommes en pénurie médicale, or les données de la démographie médicale nous montrent le contraire. En effet, il n'y a jamais eu autant de médecins en France que de nos jours (38). Certes, cette affirmation est en partie liée à la progression du nombre de retraités actifs et l'arrivée des médecins à diplômes européens et extra-européens. Néanmoins, 271 970 médecins sont inscrits à l'ordre des médecins au 1er janvier 2013 dont 215 865 actifs (légère baisse de -0.3% comparativement à 2010) et 56 105 retraités (+ 8 % en 1 an). Au 1er janvier 2013, la densité médicale métropolitaine en activité régulière est de 299,7 médecins pour 100 000 habitants et le nombre de nouveaux inscrits s'accroît (+4,5% en un an) conséquence de l'augmentation du numerus clausus et de l'arrivée de médecins à diplômes européens et extra-européens.

Si on la compare aux pays de l'OCDE⁸ (OCDE Health Data 2012), la France reste un pays globalement bien doté avec 3.1 médecins pour 1 000 habitants en moyenne, un niveau légèrement inférieur à la Suède (3,8), l'Italie (3,7) ou l'Allemagne (3,7) mais largement supérieur à celui du Royaume-Uni (2,7), des Etats-Unis (2,4) du Japon (2,2).

Selon les projections statistiques de l'Ordre des médecins sur l'avenir de la démographie médicale, le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre devrait continuer de croître d'ici à 2018 avec une diminution des effectifs des médecins généralistes de 5.52% contrairement à une hausse des spécialistes de 5.84%. Ce qui est plus optimiste que certaines projections réalisées auparavant. En effet, selon les projections de la DREES réalisée en 2009(39), le nombre de médecins en exercice aurait dû baisser de près de 10 % jusqu'en 2019. Leur scénario de référence avait été réalisé en supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme, un numerus clausus variant de 7100 à 8000, une répartition régionale et une répartition entre spécialités identiques à 2007. Dans ce scénario, le nombre de médecins en activité n'aurait retrouvé son niveau actuel qu'en 2030. Ces différences de projection sont liées aux actions du conseil national de l'Ordre pour favoriser une retraite active des médecins et l'installation de médecins étrangers.

Concernant la médecine générale, l'Atlas national 2013 montre que les effectifs ont fortement diminué ces six dernières années (-5%), tandis que le nombre des autres spécialités augmentait.

Au 1er janvier 2013, le tableau de l'Ordre des médecins recense **91 539 médecins généralistes** inscrits en activité régulière ; soit une baisse de 1% en un an. En moyenne, la densité régionale est **de 138,6 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants.**

⁸ Organisation de Coopération et de Développement Économique

Si les médecins semblent assez nombreux à l'échelle nationale, des inégalités de répartition géographique manifestes apparaissent.

2.4.3.2 Inégalité de répartition des médecins sur le territoire

Sur la période allant de 2007 à 2013, trois régions se distinguent par une baisse significative des médecins qui y sont inscrits en activité régulière : la région Ile-de-France (-4,8%), la région Champagne-Ardenne (-3,4%) et la région Centre (-2,9%). Les régions qui étaient auparavant très attirantes pour les médecins, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France le sont moins. Leur densité médicale reste tout de même dans les plus élevées au niveau français.

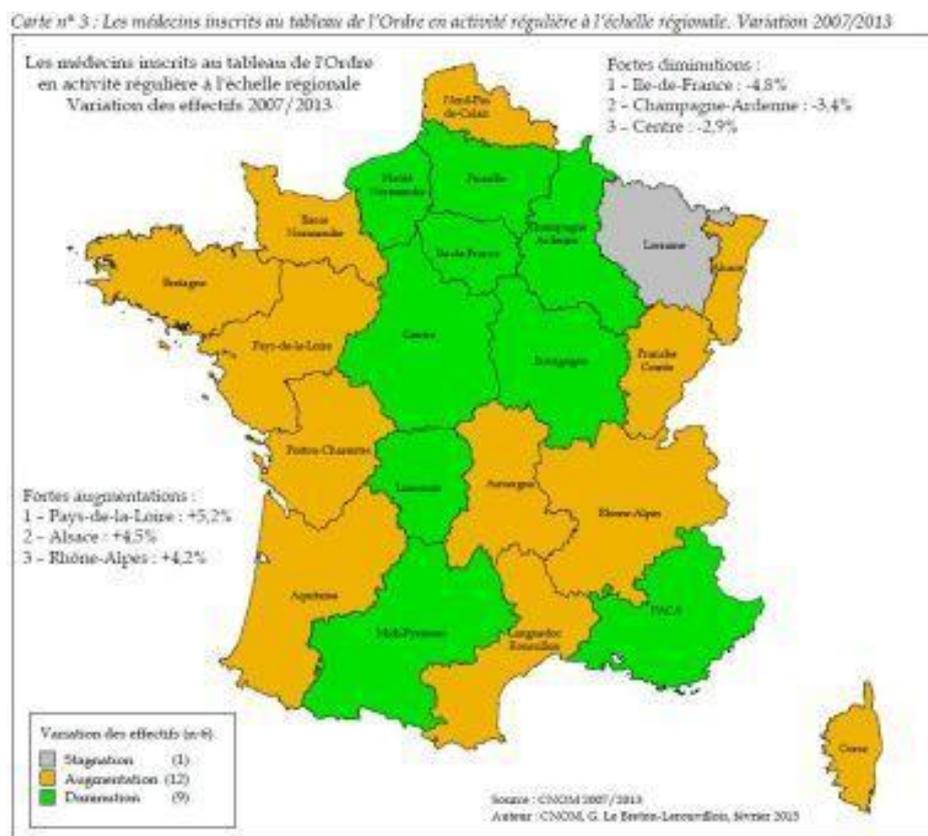


Figure 8: Evolution régionale des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'ordre entre 2007 et 2013 (38)

À l'échelon départemental, 53 départements enregistrent une baisse des effectifs. Certains enregistrent une très forte diminution comme la Nièvre (-11,8%), l'Indre (-10,9%) et le Gers (-10,3%). À l'opposé les départements tels que la Loire Atlantique, le Doubs et la Haute-Savoie recensent les plus fortes hausses des effectifs de médecins inscrits en activité régulière entre 2007 et 2013. Et curieusement, les départements ruraux ont la particularité de voir s'installer leurs remplaçants, sans qu'on puisse expliquer formellement ce phénomène.

Carte n°9 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013

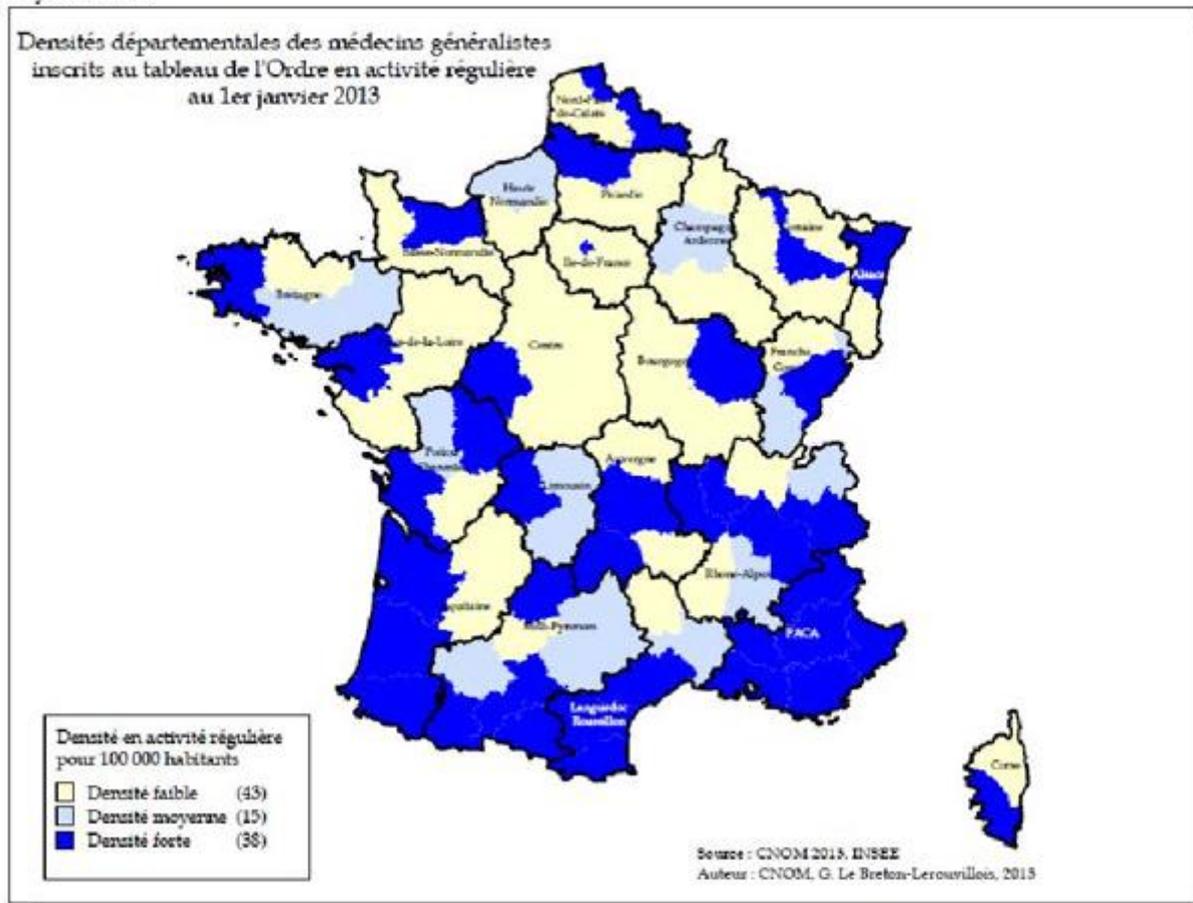


Figure 9: densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en 2013 Carte départementale

Cette inégalité de répartition des médecins sur le territoire se retrouve donc à l'échelle régionale, départementale et même cantonale. En effet, les bassins de vie plus éloignés de pôles urbains ont des difficultés à maintenir leurs effectifs, ce qui amène à parler de « déserts médicaux ». Cette disparité de répartition conduit à des difficultés d'accès aux soins. Elle provoque un allongement des distances à parcourir afin d'aller consulter un praticien dans certaines parties du territoire. L'effectif de la population située à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste n'atteint pas 1 % en 2007. Mais comment va-t-il évoluer si la densité médicale baisse ou si cette inégalité de répartition des médecins sur le territoire s'accroît ?

D'autres facteurs démographiques et/ou sociologiques sont également à prendre en compte pour comprendre l'organisation de l'offre de soins en France, et notamment les changements de profils des médecins généralistes.

2.4.3.3 Féminisation de la profession médicale

Dans l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre, la part des femmes est passée de 38% en 2007 à 43% au 1^{er} janvier 2013 (38). Leur moyenne d'âge se situe à 49 ans. Le processus de féminisation s'accroît ; en effet, au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2013, elles sont 58%. En 2018, les femmes nouvellement inscrites au tableau de l'Ordre pourraient représenter plus de 60% des effectifs.

Graphique n°7 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière – France entière

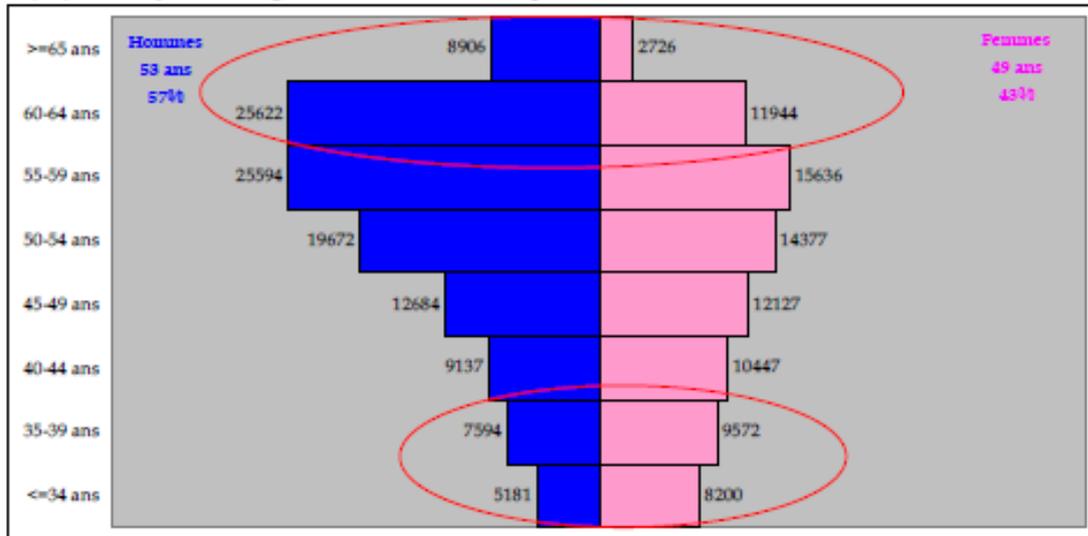


Figure 10: pyramides des âges des médecins français en 2013

Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux en Rhône-Alpes (40) montre que les femmes médecins considèrent des critères tels que « l'éducation des enfants », la « qualité de vie » ou « la carrière du conjoint » comme les éléments les plus déterminants pour leur installation, contrairement aux hommes qui privilégient plutôt les aspects financiers (URML, 2005). On peut alors penser que pour les femmes médecins, le milieu rural ne constitue pas un territoire attractif pour une installation, dans le sens où l'offre professionnelle pour leur conjoint est limitée. Cela pourrait alors accentuer le phénomène de déserts médicaux.

De plus, elles expriment un souhait de concilier au mieux leur vie personnelle et leur vie professionnelle, ce qui peut passer par une diminution du temps de travail, une cessation d'activité temporaire (grossesse), et/ou une cessation définitive d'activité survenant plus tôt que chez les hommes.

Ces notions sont à nuancer car elles sont en constante évolution, les femmes médecins ayant tendance à travailler plus et les hommes moins (41). Quoiqu'il en soit, la plupart des médecins sont désireux d'avoir un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Et ceci aura des répercussions non négligeables sur l'offre de soin.

2.4.3.4 Développement du regroupement des médecins généralistes

De nombreux médecins généralistes, hommes et femmes, désirent améliorer leur qualité de vie en conciliant au mieux vie professionnelle et personnelle. La dynamique de regroupement professionnel s'est alors accentuée pour répondre à ces attentes. En effet, l'exercice médical en groupe n'est pas en soi un mode d'organisation nouveau pour les professionnels de santé puisqu'il existe depuis 1920 en France ; mais depuis vingt ans, la proportion de médecins exerçant en groupe ne cesse d'augmenter.

Le pourcentage de médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est aujourd'hui majoritaire passant de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les jeunes médecins, de moins de 40 ans, qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe(42).

Les trois quarts des médecins exerçant en groupe travaillent dans des cabinets composés exclusivement de médecins. Ces groupes médicaux sont de petite taille (2 à 3 médecins). Le quart restant des généralistes exerçant en groupe travaille en groupe pluriprofessionnel. Les généralistes de moins de 40 ans installés en cabinet de groupe, notamment les femmes médecins, continuent comme leurs aînés à privilégier l'exercice en cabinet mono disciplinaire.

Le rythme de travail hebdomadaire des généralistes est transformé grâce au regroupement : ils travaillent le plus souvent moins de cinq jours. Mais pour maintenir une offre de soins suffisante, ils doivent effectuer plus d'actes par jour. Leur volume d'activité hebdomadaire est donc stable.

La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation ainsi qu'à l'encadrement des étudiants.

2.4.3.5 Baisse de l'attrait à l'installation en secteur libéral

Au 1er janvier 2013, 46,6% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre exerçaient leur activité en exercice libéral, alors qu'ils étaient 47,6% en 2007. En parallèle, on observe une légère hausse de l'activité salariale sur la même période : 41,7% des médecins inscrits en 2007, contre 43,1% en 2013(38).

La part des médecins choisissant l'exercice libéral lors de leur première inscription au tableau de l'Ordre reste modeste : seuls 9,8% des jeunes médecins inscrits choisissaient en 2007 l'exercice en libéral malgré la mise en place d'aides et de mesures incitatives à l'installation. Pour autant, l'analyse d'une cohorte permet d'observer qu'après cinq années de pratique, ils sont 35% à désormais exercer en libéral/mixte.

Concernant la Médecine Générale, si 23% choisissent l'exercice libéral en 1ère inscription, 5 ans plus tard ce chiffre atteint 45,5%. Parmi la totalité des médecins généralistes en exercice 59.04 % exercent en libéral, 6.33% en mixte, 34.54% en salariat.

Les médecins remplaçants sont également plus nombreux : en 2013, le tableau de l'Ordre recense 10138 médecins remplaçants. Sur les sept dernières années, les effectifs ont augmenté de 5,2%. Les femmes remplaçantes en médecine générale représentent 59% des effectifs. La plupart des omnipraticiens remplaçants s'installe en moyenne 2.6 ans après le début de leur remplacement mais certains choisissent de rester remplaçants tout au long de leur carrière. Cela explique la moyenne d'âge des médecins généralistes remplaçants actifs qui est de 43 ans.

Comme nous l'avons vu, le risque d'une diminution de l'offre de soins ambulatoires en France n'est pas négligeable. Cette composante associée à une augmentation de la demande en soins dans un contexte économique défavorable préoccupe les pouvoirs publics.

Une analyse sociologique réalisé par Caillol en 2010 (43) confirme que:

Le progrès a un coût, et nous n'avons pas forcément les moyens de toutes nos ambitions. La complexification des contraintes interroge les organisations et les modalités de travail. Coordonner les priorités, les offres et les actions, développer les coopérations et le travail en réseau, et développer l'approche interdisciplinaire apparaissent essentiels pour éviter les risques de marginalisation, voire d'exclusion, liés à la dépendance engendrée par la maladie, la précarité ou le handicap.

Les instances politiques ont donc proposé différentes mesures visant à la réorganisation du système de santé primaire.

2.5 Une volonté politique de réorganisation du système de santé

Dans ce contexte, plusieurs décisions politiques ont été mises en place pour recentrer le système de santé autour du patient et pour positionner le médecin généraliste comme le pivot du système de soins de santé primaires français. Ces décisions se sont déclinées au niveau national et régional.

2.5.1 Au niveau national

2.5.1.1 La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé

Cette loi a pour objectif de poser les fondements d'une démocratie sanitaire. Elle affirme les droits des usagers ce qui contribue à les rendre à la fois acteurs de leur propre santé et acteurs des décisions de santé publique. Elle a également validé l'intérêt du développement des réseaux de santé.

2.5.1.2 Les lois d'Août 2004

La loi dite de réforme de l'assurance maladie (44) a permis de replacer le médecin généraliste au centre du système de santé en créant le dispositif de « médecin traitant ». Cette loi constitue un tournant important de l'organisation du système de santé puisqu'elle introduit le principe de hiérarchisation de l'accès au système de santé, inspiré du modèle anglais de « gate-keeping ».

Cette loi instaure également la notion de « coordination des soins effective ». Cela passe par :

- Le concept de « parcours de soins coordonnés » autour du médecin traitant ou dans le cadre de réseaux de soin. Le médecin traitant doit favoriser la coordination des soins en synthétisant les informations transmises par l'ensemble des professionnels intervenant pour le patient,
- Le développement de la coordination ville-hôpital qui sera repris dans la loi HPST de 2009,
- Introduction du Dossier Médical Personnel, visant à améliorer le partage d'informations entre les différents professionnels de santé et ainsi faciliter la coordination des soins.

La seconde loi, relative à la politique de santé publique (45) a pour objectif d'impliquer davantage les médecins généralistes dans les actions de santé publique et notamment dans la prévention.

Ces lois visent donc à rapprocher le système de santé d'un modèle professionnel hiérarchisé.

2.5.1.3 La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) de 2009

Cette loi (46) marque un tournant majeur puisqu'elle vise à réorganiser l'ensemble du système de santé français pour permettre un « accès aux soins de qualité pour tous ». Elle tend à orienter le système de soins vers un mix du modèle normatif hiérarchisé et du modèle professionnel hiérarchisé.

Les principales mesures sont les suivantes :

- Concernant la territorialisation : des **Agences Régionales de Santé (ARS)** sont créées pour mettre en œuvre au niveau régional l'ensemble des dispositifs prévus par la loi. Ces nouveaux organismes réunissent en une seule structure les moyens de l'Etat et ceux de l'Assurance maladie. Ils sont chargés de décliner au niveau régional la politique de santé définie au niveau national. Cela réfère au processus de décentralisation.
- Concernant l'hôpital : le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de "communautés hospitalières de territoire" pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre "de référence" dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués.

- Concernant l'accès aux soins,
 - une définition des soins de premier recours est proposée qui reconnaît les différentes missions des médecins généralistes,
 - La loi vise également à améliorer la répartition des médecins sur le territoire. Elle prévoit notamment l'organisation d'une permanence des soins au niveau de chaque région pour faciliter l'accès à un médecin de garde,
- La loi HPST définit les maisons de santé et les pôles de santé et confirme les mesures financières (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) pour soutenir la collaboration interprofessionnelle dans les maisons/pôles de santé, les centres de santé et les réseaux de santé.
- Concernant la politique de santé publique : la loi prévoit la mise en place de dispositifs pour développer l'éducation thérapeutique des patients, la prévention et surtout la coopération entre les professionnels de santé dans le cadre de protocole de coopération.

La mesure phare de cette loi est la création des ARS. En effet, ces Agences Régionales de Santé entendent jouer un rôle majeur dans la réorganisation du système de santé car elles ont pour but de faire le lien entre les mesures législatives nationales et les initiatives locales. Nous développerons plus tard ses différentes missions.

2.5.1.4 La stratégie nationale de santé de 2013

Ce texte officiel (47) définit le cadre de l'action publique pour les années à venir pour refonder en profondeur le système de santé français, performant mais inéquitable.

Trois principaux axes sont exposés :

- **Place centrale de la prévention.** Les modifications des comportements et la prévention médicalisée sont des axes majeurs d'évolution du système de santé. L'éducation thérapeutique doit être davantage valorisée et identifiée comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation entière et éclairée des patients.
- **Organiser les soins autour du patient.** L'essentiel est de mieux prendre en charge en ville pour éviter les complications et hospitalisations inutiles. L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie.

La stratégie nationale de santé doit porter et accompagner ces profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne, la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires :

- Réorganiser des soins de proximité en soutenant la constitution d'équipes pluriprofessionnelles, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés => pacte territoire santé,
 - Prolonger les Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération, accroître la part de rémunération sur objectifs de santé publique, mettre en place des expérimentations de financement de parcours,
 - Organiser le service public territorial de santé défini par des objectifs de santé publique sur un territoire et une coordination renforcée entre professionnels de santé autour du patient, de la personne dans le cadre de parcours,
 - Adapter les formations des professionnels pour faire face à la diminution de l'offre de soin en médecine générale : le développement de nouveaux métiers de santé, correspondant à un niveau de formation intermédiaire entre celui des auxiliaires médicaux et celui des médecins, de même que la concrétisation de transferts de compétences ; les formations des professionnels de santé doivent être décloisonnées, la formation continue refondée, la VAE⁹ développée ; les maisons de santé universitaires doivent devenir un lieu propice à la formation en soins primaires et à l'exercice pluriprofessionnel,
 - Développer les systèmes d'information de santé, faciliter et organiser l'accès aux données de santé, déployer la télémédecine dans le but de réduire les fractures territoriales, réorganiser la permanence des soins, développer les prises en charge pluridisciplinaires, optimiser la mobilisation des compétences rares, améliorer la qualité des pratiques et renforcer les collaborations entre les champs du sanitaire et du médico-social.
- **Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration** : la représentation des usagers du système de santé doit encore progresser. Une plus grande unité d'action entre État et assurance maladie sera recherchée, de même qu'une meilleure articulation entre administrations centrales, opérateurs nationaux et régionaux de santé ; un renforcement des marges de manœuvre des ARS et une meilleure coordination entre ARS et réseau de l'assurance maladie seront recherchés.

Ainsi, les ARS ont depuis 2009 une place centrale dans l'organisation du système de soins de santé primaires.

⁹ Validation des Acquis de l'Expérience

2.5.2 Au niveau régional : les Agences Régionales de Santé

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée, dans son article 118, les **Agences Régionales de Santé (ARS)**. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. En effet, les ARS ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système.

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients. La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé.

Elle facilite alors la mise en œuvre de recommandations ou d'expérimentations nationales sur un territoire régional. Plusieurs mesures importantes pour améliorer la collaboration peuvent ainsi être mises en application par l'intermédiaire des ARS.

2.5.2.1 Recommandation de la Haute Autorité de Santé d'avril 2008 sur la coopération interprofessionnelle

La loi de 2004 a conféré à la Haute Autorité de Santé (HAS) la création de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des fiches de parcours de soins coordonné. Ces mesures visent à favoriser des exercices professionnels coordonnés. Selon l'HAS (17), le développement de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé¹⁰ peut permettre de répondre à des problématiques majeures de notre système de santé, telles que l'amélioration de la qualité des soins, l'accroissement de l'efficacité du système de santé et l'augmentation de l'attractivité de certaines professions.

Cette recommandation met en évidence les principaux freins au développement de travail pluridisciplinaire voire interdisciplinaire. Ainsi, le cloisonnement des formations initiales, un cadre juridique peu propice et un mode de rémunération à l'acte sont des obstacles importants au développement de ce type d'exercice. Une réorganisation structurelle de ces problématiques semble nécessaire, selon l'HAS.

Elle introduit alors la possibilité de créer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé. L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.

¹⁰ En France, on privilégie le terme de coopération interprofessionnelle pour évoquer une collaboration interprofessionnelle, se situant entre la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS. Sa mission consiste à vérifier que ces protocoles apportent une garantie de qualité et sécurité des soins aux patients. Sur la base de cet avis, l'ARS autorise ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles.

Ainsi, le dispositif ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) constitue l'unique exemple parmi les expérimentations de coopération associant médecins généralistes et infirmières pour des soins de premiers recours dispensés au cabinet de médecins libéraux.

L'objectif d'ASALEE est d'améliorer la qualité des soins par la délégation à des infirmières déléguées à la santé publique, des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète et les pathologies cardio-vasculaires d'une part, et, d'autre part, du dépistage des troubles cognitifs après 75 ans et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Ces infirmières secondent également les médecins dans les campagnes de dépistage collectif, notamment celles menées contre le cancer du sein ou du côlon. Les infirmières se voient confier par les médecins la réalisation d'actes médicaux tels que des électrocardiogrammes et des spirométries, ainsi que la gestion informatique de certaines données du patient selon un protocole bien défini. Les infirmières sont salariées de l'association nationale ASALEE.

Une évaluation médico-économique du dispositif a été menée par l'IRDES. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude (48) montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'Assurance maladie. Ce dispositif semble donc efficace et efficient. D'ailleurs, l'inspection Générale des Affaires Sociales, dans son rapport de 2012 relatif à la prise en charge du diabète, a indiqué qu'il fallait généraliser le protocole ASALEE.

De nombreuses difficultés sont apparues limitant la mise en œuvre d'autres expérimentations de délégation de soins : parmi les principales, on peut citer la complexité des procédures administratives, les résistances culturelles de la part des professionnels et les difficultés financières. En effet, le financement à l'acte ne favorise pas le développement de transfert de tâches.

Pour cette raison, entre autres, et suite au retour positif de l'expérimentation de délégation de tâches dans le cadre du dispositif ASALEE, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération s'est mise en place.

2.5.2.2 Expérimentations des nouveaux modes de rémunération

Des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) ont été introduites dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 visant à cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009-2013. Ces montants affectés aux structures visent à améliorer l'organisation des soins, développer la collaboration entre professionnels et favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients. L'hypothèse est que le paiement forfaitaire favorise une meilleure performance des structures collectives que le paiement à l'acte.

Un contrat est signé entre les ARS et la maison/pôle/centre de santé qui en fait la demande. Ce contrat porte sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité des soins et d'efficience et sans obligations en matière de modalités d'allocation des ressources versées.

Au départ, deux types de forfaits ont été opérationnalisés : le forfait pour les missions coordonnées (dit module 1 : temps de coordination) et le forfait pour les nouveaux services aux patients (module 2 : éducation thérapeutique du patient).

Un troisième forfait a été introduit en 2013, ce module 3 concerne la coopération entre professionnels de santé (transfert d'actes et d'activité médicale à des infirmières). A l'heure actuelle, dans les soins primaires ambulatoires, il concerne uniquement le dispositif ASALEE.

En 2013, le protocole ESPREC (suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours) a également été expérimenté, dans le cadre du module 2 des ENMR. Il vise à améliorer le suivi de certains patients complexes grâce à une équipe de professionnels de santé libéraux de proximité. Une équipe d'intervention comprenant un médecin, un infirmier et un pharmacien propose dans ce cadre, un suivi global renforcé et coordonné, à des patients porteurs de pathologies chroniques et qui sont en situation complexe (diabète, pathologies cardio-vasculaires ou fragilité de la personne âgée).

Des aménagements juridiques nécessaires pour bénéficier de ces ENMR ont également été mis en œuvre. Un nouveau statut juridique est apparu en 2012, la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), qui donne lieu à l'attribution d'un numéro FINESS et autorise, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé pour les maisons ou les pôles de santé, la rémunération (notamment par l'Assurance maladie) d'activités réalisées en commun par différents professionnels.

2.5.2.3 Incitation au regroupement pluriprofessionnel au sein de Maisons de santé pluridisciplinaires pour favoriser un exercice coordonné

Les maisons de santé pluridisciplinaires tendent à se développer sur le territoire, suite à une volonté des professionnels et également des pouvoirs publics. Mais ce genre de structure a un coût de création et de fonctionnement important, des subventions sont donc recherchées. Les aides financières apportées par l'ARS sur les crédits du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) font l'objet d'un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les porteurs de projets, obligatoirement des professionnels de santé. Seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent bénéficier des financements versés par l'ARS, et se prévaloir de la dénomination "maison de santé".

Il existe également d'autres aides financières à l'exercice en groupe, notamment sous la forme d'aides à l'investissement et/ou au fonctionnement, provenant d'acteurs multiples tels que l'État et les collectivités territoriales (en lien avec différents plans : plan de revitalisation rurale, plan « dynamique espoir banlieue », etc...), ainsi que l'Assurance maladie.

Par ailleurs, pour permettre une meilleure coordination des soins au sein de ces structures, des aménagements juridiques ont vu le jour permettant une amélioration de la communication d'informations concernant des patients.

Le partage d'information entre les professionnels dans ces structures est aujourd'hui juridiquement possible avec l'accord du patient (Loi Fourcade de 2011). Mais ce partage ne concerne que les professionnels de santé médicaux et paramédicaux et exclut les acteurs du système social.

En termes de système d'information, les logiciels utilisés par les professionnels de santé doivent s'améliorer pour permettre un meilleur partage de l'information entre les différents intervenants tout en respectant le secret professionnel. L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP) a été créée, elle est en charge de la labellisation du caractère pluriprofessionnel des logiciels patients, sur démarche volontaire des éditeurs.

Ainsi, nous constatons que les instances politiques ont mis en place de nombreuses mesures pour favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle. Intéressons-nous maintenant aux initiatives locales en milieu ambulatoire.

2.6 Les initiatives locales actuelles en France

2.6.1 Les regroupements pluri professionnels

Depuis plusieurs années, les professionnels de santé ont tendance à se regrouper davantage dans des maisons de santé, des pôles de santé ou encore dans des centres de santé. Malgré leurs différences, ces structures de santé ont plusieurs points communs : elles accueillent des professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens), dispensent des soins de premier recours sans hébergement, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Dans les maisons et pôles de santé, l'exercice est libéral alors que l'exercice sera majoritairement salarié dans le cadre des centres de santé.

291 maisons et pôles de santé seraient en fonctionnement, selon les données transmises en 2013 par l'Observatoire des maisons et pôles de santé du ministère de la Santé. Et on dénombre environ 400 centres de santé polyvalents, dont la majorité est implantée en milieu urbain (IGAS, 2013).

2.6.1.1 Les maisons de santé

Les maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles, se sont développées depuis le début des années 2000 suite à, d'une part une volonté des médecins généralistes d'exercer en groupe et d'autre part une volonté des pouvoirs publics d'encourager le regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours. Ce regroupement reste cependant peu fréquent, concernant seulement 14,3 % des médecins généralistes libéraux.

Définition

La première définition s'est faite dans la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19/12/2007 pour insertion dans le Code de la Santé Publique, Art. L. 6323-3 :

"La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Cette définition a été complétée dans la loi HPST de 2009 par l'article 39 « *Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un **projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné** et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »*

La notion de participation à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé a été introduite dans l'article 2 de la loi du 10/08/2011.

L'analyse des documents de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), menée notamment par Y. Bourgueuil, permet de mettre en avant divers éléments concernant les maisons de santé (49) (50) (51)

Les avantages

L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire à condition qu'il soit coordonné et protocolisé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation. En effet, l'exercice en maison de santé favorise la coordination des soins ainsi que la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins et l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. L'amélioration de l'organisation des soins en maison de santé passerait par plusieurs éléments :

- Amélioration de l'offre de soins sur le territoire :
 - Ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation adéquate des maisons et pôles de santé. De plus, on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé,
 - Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes.
- Amélioration des conditions de vie des professionnels de santé passant par un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle, évitant ainsi le "*burnout*",
- Facilitation de l'installation des jeunes médecins par l'amélioration des conditions de travail. Le temps de travail hebdomadaire des généralistes exerçant en maisons de santé (40h+6h) est inférieur à celui rapporté dans les enquêtes récentes, tous généralistes confondus, qui se situe entre 52 et 60 heures par semaine,
- Mise en place de programme de santé publique : éducation thérapeutique, consultation de dépistage, actions de prévention,
- Amélioration de la qualité du suivi des patients chroniques et de l'efficacité de leur prise en charge,
- Une plus grande accessibilité horaire : les maisons de santé sont ouvertes toute l'année, 5,5 jours en moyenne par semaine et 11 heures 30 par jour,

- Meilleure communication entre professionnels (échange informel d'information, réunions interprofessionnelles régulières autre que logistiques, dossier patient commun entre médecins),
- Elargissement de la gamme d'offre de soins par rapport aux cabinets de médecine générale classiques : actes techniques (sutures, plâtres, pansements lourds), petite chirurgie, ...,
- Meilleure implication des professionnels dans la formation continue.

En termes d'efficience, il existe peu de données et chaque maison de santé fonctionnant différemment, une évaluation globale est difficile à mettre en œuvre. Cependant, certains aspects sont énoncés :

- Pour les patients inscrits auprès d'un généraliste d'une maison de santé, la dépense totale et la dépense de médecine générale sont supérieures de 2 % à celles des assurés de l'échantillon témoin. Cet écart, faible en pourcentage mais qui pourrait représenter des montants importants si tous les généralistes exerçaient en maison de santé, masque en réalité des situations très contrastées,
- Le fait d'être inscrit auprès d'un généraliste d'une maison de santé diminue les dépenses de pharmacie et de soins infirmiers (-5 % et -8 %).

Les difficultés pour atteindre une maison de santé optimale

La prise en compte de diverses attentes des professionnels est indispensable pour que chaque professionnel puisse s'épanouir et garder une motivation pour ce genre d'exercice. Les motivations du regroupement sont variables, allant de l'unité de lieu géographique au projet de soins affiché d'emblée. Ainsi, la volonté de développer une collaboration interprofessionnelle au stade d'interdisciplinarité n'est pas forcément présente.

La présence d'un leader, prêt à investir beaucoup de temps et d'énergie est nécessaire pour permettre la mise en place de nouveaux projets.

Les maisons de santé ont un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet "classique". Le financement de la création de maisons de santé peut passer par des fonds propres des professionnels ou par des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie. Les échecs sont souvent consécutifs au désengagement des pouvoirs publics qui n'accordent pas l'aide escomptée par les professionnels. Les coûts de fonctionnement sont souvent portés par les professionnels bien que les nouvelles mesures financières essayent de limiter ce phénomène.

Par ailleurs, le partage de l'information doit être de bonne qualité. Les dossiers médicaux sont souvent accessibles par tous les médecins de la maison de santé mais le partage avec les autres intervenants n'est pas optimal. Il faut espérer que la mise en place de logiciel pluriprofessionnel, permis par les nouvelles dispositions juridiques, se développe.

La difficulté de mettre en place une coopération effective ne doit pas être négligée. La coopération entre professionnels de santé renvoie à deux dimensions. D'une part, elle consiste à opérer des transferts d'activités, redéfinissant ainsi les périmètres d'intervention de chaque profession. D'autre part, la coopération conduit les acteurs à réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient, notamment en se regroupant. Ce point, comme nous l'avons vu, est en développement mais le transfert d'activité a toujours du mal à se mettre en pratique.

Le centre d'analyse stratégique en 2011 (52) a mis en avant les principaux obstacles au développement de coopération interprofessionnelle :

- la complexité des procédures administratives,
- l'atteinte aux identités professionnelles (les fameuses « résistances culturelles »),
- les réticences des usagers, notamment par crainte d'une prise en charge de moindre qualité
- le secret médical,
- l'étanchéité des professions entre elles,
- la concurrence entre professionnels libéraux, avec la crainte des médecins de perdre des revenus en cas de transferts de compétences.

Ainsi, comme le précise le centre d'analyse stratégique en 2011, « Les regroupements améliorent la permanence de soins, les conditions de travail et l'implication des professionnels dans la formation continue mais PAS FORCEMENT D'EVOLUTION DE PRATIQUE. »

2.6.1.2 Pôle de santé

Les pôles de santé ont deux définitions :

L'usage courant chez les professionnels de santé renvoie la notion de "pôle de santé" à une maison de santé hors les murs.

Or la loi définit le pôle de santé de façon différente : Il est constitué « *entre professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale* ».

Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

L'ancienne définition qui convenait d'appeler « pôle de santé », des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passé à l'usage puisque la nouvelle définition met en avant le lien entre professionnels de santé et établissement de santé.

2.6.1.3 Centre de santé

Les centres de santé sont une modalité d'exercice assez ancienne. Historiquement, des institutions impliquées dans le champ sanitaire (institutions mutualistes, municipales, associatives, ou autres) ont développé des centres de santé pour répondre aux besoins des populations et aux attentes des professionnels de santé à travers un autre mode de distribution des soins, garantissant un égal accès aux soins pour tous, dans le respect des tarifs de secteur 1 de la Sécurité Sociale. Ces centres de santé sont des structures de soins ambulatoires régies par l'Assurance maladie. Ils sont principalement installés en milieu urbain.

Contrairement aux maisons et pôles de santé où les professionnels exercent en libéral, les professionnels de santé travaillant dans les centres de santé sont majoritairement salariés. L'activité des centres de santé est principalement financée à l'acte mais ces derniers ont pour obligation de pratiquer le tiers-payant pour la dépense d'assurance maladie obligatoire et de nombreux centres le pratiquent également pour tout ou partie de la dépense complémentaire.

Ainsi, diverses formes de regroupement pluri professionnel existent et se développent. Cela vise à favoriser la collaboration interprofessionnelle au sein d'une même équipe de soin. Mais les liens avec l'extérieur ne doivent pas être négligés. En effet, pour une prise en charge globale, le patient pourra avoir recours à d'autres professionnels de santé n'appartenant pas à la structure, comme les médecins spécialistes, les médecins hospitaliers ou encore des structures sociales. Une bonne communication avec ces acteurs est donc nécessaire. Elle passe par l'intermédiaire de réseaux informels ou de réseaux de santé plus structurés.

2.6.2 Les réseaux de soins informels

Le médecin généraliste pour prendre convenablement ses patients en charge doit développer des interactions avec d'autres intervenants. Etant le pivot du système de soin, il est souvent amené à adresser ses patients vers des médecins spécialistes, des infirmières, des sages-femmes ou encore des kinésithérapeutes. Il a également des contacts fréquents avec les pharmaciens et parfois avec les médecins d'analyse biologique et les médecins administratifs. Il coordonne ainsi l'action de tous ces intervenants. De plus, dans une visée de prise en charge globale des patients, notamment en gériatrie, l'omnipraticien peut avoir recours aux assistants sociaux et aux services d'aides à domicile. Toutes ces relations constituent le réseau de soin informel. Qu'il travaille seul, en cabinet médical monodisciplinaire ou en maison de santé pluriprofessionnelle, le médecin généraliste se constitue un réseau de soin informel.

La communication entre ces partenaires de soin passe le plus souvent par l'intermédiaire de courrier ou de relations téléphoniques. Ces relations se construisent progressivement en fonction des besoins de chacun. Ils ne sont pas institutionnalisés, à l'inverse des réseaux de santé que nous développerons plus tard.

Peu de travaux ont étudiés ces réseaux informels, on peut tout de même citer celui d'Aline Sarradon-Eck de 2004 sur les interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels (53). Elle y met en évidence plusieurs notions importantes :

- *Les réseaux de soins informels ne sont pas une simple addition de pratiques individuelles, mais un espace où se construisent et se transforment les identités professionnelles dans un jeu de miroir, principal déterminant des rapports sociaux entre soignants.*
- Les principes fondamentaux qui structurent les relations interprofessionnelles, limitent ou favorisent les échanges sont :
 - Triple idéal (idéal de travail en équipe, idéal d'autonomie et idéal relationnel avec les patients) formant un espace symbolique source de tension mais façonnant les relations interprofessionnelles,
 - Besoins réciproques de décharge (émotions liées à l'activité professionnelle), de partage (décisions, responsabilités), de délégation (d'actes, de clientèles), de se prémunir contre le risque social et juridique en créant des relations de confiance,
 - Contraintes plurielles : superpositions de territoires professionnels, concurrence intraprofessionnelle et interprofessionnelle, obligation de communiquer, disponibilité en temps limitée pour le patient et pour l'échange avec les autres professionnels, l'habitude de faire face seul aux problématiques du patient, la notion d'appropriation de patient et la tendance à se reposer sur d'autres quand un manque de structure ou de formation crée des difficultés d'accompagnement d'un patient,
 - Aspirations mésestimées à s'affranchir de la hiérarchie et des rapports de subordination.

Ces interactions peuvent amener à plusieurs formes de « travailler ensemble » : collaboration, coopération, instrumentalisation, négation, qui organisent différents types de réseaux que les médecins utilisent au quotidien, en fonction du rôle qu'ils entendent jouer auprès du patient (pivot, coordinateur, orienteur). La négation correspond à une absence de lien entre les professionnels, l'instrumentalisation à un lien très faible. La coopération renvoie à un travail collectif permettant l'acceptation temporaire d'une certaine interdépendance. Et la collaboration, que nous avons défini antérieurement, correspond ici à l'interdisciplinarité, à savoir le fait de « travailler ensemble » dans un souci de cohérence, de partage et de réciprocité en mettant en place des objectifs et des projets communs.

L'étude de Sarradon-Eck met également en évidence deux autres éléments :

- Elle met en lumière la place et le rôle majeur du patient, souvent mésestimés. Le patient est parfois le principal organisateur des réseaux, il effectue un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information (sur son diagnostic ou son traitement et « sur » les professionnels).

- Elle montre également qu'aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier). Les propositions pour améliorer les interactions professionnelles sont notamment celles de mettre en place et de valoriser des formations « d'interconnaissance professionnelle » pour réduire la dimension hiérarchique et déconstruire les a priori.

2.6.3 Les réseaux de santé

Définition et mise en place

Les premières organisations identifiées comme des réseaux de santé ville-hôpital, sont apparues en 1990 en France pour la prise en charge des patients atteints du SIDA. Depuis, ils se sont développés et institutionnalisés ; ils sont également financés et encadrés juridiquement par L'Etat. Leurs champs d'action se sont fortement diversifiés : maladies cardio-vasculaires, gériatrie, addictologie, santé-précarité, hépatite C, soins palliatifs, diabète, périnatalité, cancérologie etc...

La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin, a proposé cette définition :

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocations sanitaires et sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers

En 2002, les instances politiques pensaient que les réseaux représentaient la solution pour améliorer la coordination. En effet, ils constituaient alors l'un des principaux dispositifs de coordination, essentiellement pour la liaison ville-hôpital et ils devaient répondre aux objectifs de maîtrise des dépenses pour l'État et les caisses d'assurance maladie tout en améliorant la pratique médicale.

Evolution

Dans une thèse sur l'implication des médecins généralistes dans les réseaux de soins (54), il a été mis en évidence que les médecins généralistes avaient des difficultés à percevoir l'apport réel des réseaux pour leur pratique. Le nombre de professionnels médicaux impliqués

étaient donc modéré variant de 20 à 40% selon les études. Bien que les omnipraticiens exprimaient une opinion majoritairement favorable, les trois-quarts d'entre-eux n'envisageaient pas d'adhésion future à un réseau. Les arguments avancés par les médecins généralistes pour ne pas adhérer à un réseau de soins formels étaient :

- La lourdeur administrative, la dérive bureaucratique,
- Le manque de souplesse,
- Le manque de temps,
- Le risque de dérive financière et les accusations de concurrence déloyale,
- Le détournement de patients vers l'hôpital, les problèmes de reconnaissance généralistes/hospitaliers,
- Les enjeux de « gloire personnelle » et de lutte de pouvoir,
- L'inutilité de formaliser une pratique qui correspond déjà au mode de fonctionnement des médecins au sein de leur réseau informel,
- Le risque d'un contrôle et d'une perte d'autonomie avec la peur de devoir rendre des comptes et de perdre le statut de libéral, de ne plus être maître de ses décisions.

Par ailleurs la multitude d'offres en réseau uni-thématique et le défaut d'harmonisation entre ceux-ci contribuaient à un sentiment d'opacité ainsi qu'à une redondance de certains soins. Or l'objectif de la coordination, c'est de mieux communiquer pour éviter ces redondances.

Leur bilan est donc contrasté. En effet, l'évaluation des réseaux témoigne de leur utilité. Ils apportent une amélioration indéniable de la santé par optimisation de la prise en charge de la personne malade. Ils facilitent un suivi conforme aux recommandations de bonne pratique, un meilleur dépistage des complications, le parcours de soin du patient. L'évaluation témoigne également de leur capacité à s'adapter à l'évolution de la demande (55).

Mais, l'évaluation montre aussi que la multiplication des réseaux a un coût très important. Selon le rapport « Contrôle et Evaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et de la Dotation de Développement des Réseaux » présenté par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en Mai 2006 : « le bilan est décevant [...] mais la mission ne recommande pas de mettre un terme à ces financements. ». Le rapport reconnaît cependant que les réseaux de santé restent intéressants, notamment en Cancérologie, Diabétologie et Gérontologie.

L'IGAS préconise par ailleurs de favoriser les expériences de regroupement intégrées des professionnels de santé, permettant de prendre en compte un ensemble d'actions (prévention et éducation thérapeutique, prise en charge médicale, formation, évaluation...). Le souhait des autorités est donc de passer de réseaux uni thématiques à des réseaux pluri thématiques d'appui pour que le réseau ne se substitue pas aux professionnels de santé. Le réseau ne doit pas faire les soins, il doit seulement les coordonner pour éviter toute redondance.

En 2012, l'Etat cherche alors à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de soins de premier recours pour la prise en charge des situations complexes. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) met à la disposition des agences régionales de santé un guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » (56).

Ce rapport constitue un tournant majeur pour la coordination des soins en ambulatoire. Il fournit un cadrage national pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes de proximité.

2.6.4 La coordination des soins

Comme le souligne le Pr. AUBRY en 2007, la COORDINATION est la fonction centrale et nécessaire pour la réorganisation du système de santé, « la coordination entre les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs est nécessaire pour optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins».

Dès les années 1960, l'intérêt du développement de la coordination des actions médico-sociales a été mis en avant, notamment pour la prise en charge des personnes âgées (57). La coordination s'est développée progressivement, souvent par l'intermédiaire du médecin généraliste, puis a pris une place centrale dans les réseaux de santé, notamment depuis 2012 suite au rapport de la DGOS.

Médecin généraliste : sa mission de coordination

De par sa position de pivot du système de santé, le médecin généraliste a été amené à prendre la place de coordonnateur de soins. Il a pour mission d'offrir des soins préventifs ou curatifs, d'orienter le patient et de synthétiser les informations des divers intervenants pour une prise en charge globale ; tout cela en s'assurant de la bonne coordination des soins de ses patients. Au niveau médical stricto-sensu, il n'y a pas de remise en question par les médecins de leur mission de coordination ; mais lorsqu'il s'agit de prendre en charge des personnes en situation complexe d'un point de vue bio-psycho-social, la coordination des différents acteurs est plus difficile et donc plus chronophage. Or les médecins manquent de temps et ils ne maîtrisent pas forcément toute la complexité de l'organisation du système de santé. Le recours à un réseau de santé apparaît alors comme une solution intéressante. Mais qui va assurer la coordination au sein du réseau ? Comme le montre Robelet en 2005 (57) dans son analyse sociologique de la coordination des soins: « *selon leur personnalité, leur expérience, leurs liens avec les autres acteurs du réseau, les médecins généralistes sont plus ou moins prêts à assumer ce rôle de coordonnateur. Dans le cadre de réseau de santé, ils considèrent le plus souvent que ce n'est pas leur rôle et ils sont nombreux à le déléguer de façon informelle à d'autres lorsqu'on leur en offre l'opportunité.* »

La formalisation de la coordination

Au début des années 2000, avec le développement des réseaux de santé, la nécessité de formaliser la coordination est apparue. Elle avait pour objectif de :

- Répondre aux exigences posées par les financeurs des réseaux, à savoir une définition des tâches de coordination, une évaluation des réseaux et une organisation plus transparente de ceux-ci.
- Diffuser des normes de pratiques professionnelles préconisées par des experts.

Un nouveau métier a ainsi pu voir le jour : **coordonnateur de soin**. Ce professionnel a pour mission de faire le lien entre les différents intervenants, acteurs de santé et institutions gestionnaires, pour gérer la coordination médicale, sociale et administrative. Pour cela, il doit posséder plusieurs compétences, concernant trois domaines notamment. Il doit :

- Pouvoir faciliter les relations et la communication entre les professionnels,
- Connaître parfaitement l'organisation du système de santé à coordonner,
- Avoir des compétences en matière de gestion administrative.

Ainsi, les coordonnateurs contribuent à améliorer la prise en charge globale des patients, tout en permettant aux professionnels de santé de se décharger de certaines tâches de coordination. Cette fonction de coordination doit également être source d'économie de temps et d'argent pour les collectivités, en évitant certaines hospitalisations par exemple.

Avec l'apparition de cette nouvelle profession, le médecin ne se retrouve plus seul à gérer la coordination en situation complexe. Cet avantage est parfois difficilement accepté par les médecins généralistes. En effet, le développement de cette nouvelle profession peut venir défier l'autorité des médecins généralistes, jusque-là désignés comme les premiers coordonnateurs de soins. La dimension hiérarchique peut alors être affectée.

Les différents niveaux de coordination

Le champ de la santé est vaste : il comprend le secteur sanitaire et le secteur social. Il s'exerce en milieu hospitalier/institutionnel et en ambulatoire. Il relève du secteur public ou du secteur privé. Il concerne les soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Ainsi, l'organisation du système de santé est complexe car elle doit prendre en compte tous ces éléments tout en cherchant à optimiser la prise en charge globale, bio-psycho-sociale, de chaque individu. Tous ces éléments conduisent à des situations qui peuvent être très complexes. La nécessité de coordonner tous les intervenants doit alors s'effectuer à divers niveaux (58) :

La coordination de proximité :

Cette coordination auprès de la personne a pour but de formaliser un projet de soins personnalisé et de veiller à sa mise en œuvre, de mettre en place un projet de vie pour la personne malade et sa famille et entourage, d'organiser les soins et l'accompagnement, dans un objectif de continuité, qualité, permanence et cohérence, de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires entre acteurs du domicile, avec les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, avec la coordination d'appui et de pilotage.

Cette fonction est assurée par le médecin traitant ou par des coordonnateurs de proximité au sein de maisons de santé ou de réseaux de santé.

La coordination d'appui :

Tournée vers les équipes de proximité, la fonction de coordination d'appui s'inscrit dans une démarche de compagnonnage. Elle est complémentaire aux activités des acteurs de proximité d'une part et des acteurs institutionnels d'autre part. Le positionnement « extérieur » de l'équipe d'appui par rapport à l'équipe de proximité lui permet d'analyser les situations de terrain en sortant du cadre et d'adopter la posture professionnelle la plus adaptée. Ainsi, cette coordination d'appui assure des fonctions d'expertise, de conseil, de soutien et de réassurance indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble du dispositif.

Les réseaux, assurant cette nouvelle fonction, ont pour objectifs d'organiser, mettre en œuvre et gérer le dispositif de coordination dite « d'appui » en :

- Proposant un appui aux professionnels de santé et notamment au médecin traitant pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans les systèmes de soins et médico-social et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés,
- Proposant un même appui aux patients, à leurs familles et aux associations de patients dans le cadre du retour ou d'un maintien à domicile,
- Développant des collaborations avec les ressources existantes sur le territoire, nécessaires pour la prise en charge de toutes les pathologies.

Le pilotage :

Toute organisation en santé doit être pilotée. La fonction de pilotage est souvent une fonction de direction dans les faits. Elle permet de mettre en œuvre le projet et de le gérer en tenant compte des évolutions, d'assurer le management des hommes, de mettre en œuvre et d'accompagner les actions de formation, de favoriser la communication, de créer les interfaces de pilotage avec les autres structures ou organisations en santé, dans la recherche d'une valeur ajoutée par des mutualisations et coopérations pertinentes.

Il s'agit d'une coordination au niveau départemental, régional ou interrégional. Cette fonction doit permettre d'assurer une bonne liaison entre les territoires de proximité et les instances supérieures afin de s'adapter continuellement aux modifications des besoins et de l'offre en matière de santé. Tout cela doit également prendre en compte les contraintes financières. « *Un objectif consiste à assurer une justice distributive avec une égalité d'accès aux soins et une offre graduée, équitable dans ce territoire professionnel* » C'est une forme de décentralisation de la politique de santé.

Ainsi, plusieurs structures de coordination coexistent sur un même territoire. Si elles n'interviennent pas toujours au même niveau de la prise en charge, ni pour les mêmes populations, et si leurs zones d'activités ne se recouvrent pas exactement, leurs interventions peuvent être amenés à se superposer, ce qui peut engendrer de la coopération comme de la concurrence. Il apparaît alors une nécessité de coordonner les structures de coordination.

Des structures, apparaissant comme des « méta-réseaux », ont vu le jour. On peut citer les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) et les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination). Ces structures ont pour objectifs d'améliorer la coordination du parcours de soins des personnes en situation complexe.

De la théorie à la pratique

Formations en coordination

La formalisation progressive de la coordination a donné lieu à des financements pour la rémunération des coordonnateurs (ENMR module 1) et la mise place de formations spécifiques. En effet, « *Nul ne peut s'improviser coordinateur de structures ou d'organisations dans le champ de la santé. La formation à la fonction de coordination est donc un levier fondamental pour la transformation des pratiques professionnelles, pour l'évolution du système de santé et l'optimisation de son fonctionnement* » Pr. AUBRY

Plusieurs formations ont donc vu le jour. Nous pouvons citer le master en santé publique, spécialité « les fonctions de coordination dans le système de santé » qui a été mis en place à l'université de Franche-Comté de médecine en 2009 sous la direction du Pr. AUBRY.

La formation a pour objectif principal de développer des compétences pour faciliter les coopérations dans le champ de la santé en formant des personnes aux fonctions de coordination des personnes, des structures et des organisations dans le champ de la santé, en particulier dans les champs suivants:

- Le fonctionnement des réseaux de santé, et plus généralement de toute organisation centrée sur la prise en charge des personnes en difficulté momentanée ou permanente,
- L'animation de coordinations territoriales de proximité et la facilitation des parcours de santé
- La mise en place des pôles d'activités dans les hôpitaux,
- Le développement des services d'hospitalisation à domicile,
- Le fonctionnement des centres locaux d'information et de coordination gériatrique,
- Le développement social local (politiques des villes et des quartiers), l'action sociale et éducative centrée sur l'utilisateur

Mise en place de structures de coordination d'appui

Nous pouvons citer un exemple franc-comtois : l'ARESPA¹¹ (Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui) qui propose une coordination de proximité et d'appui au profit du patient et de son entourage, et au service des professionnels de santé passant par différentes actions :

- Evaluer les besoins du domicile et définir un plan d'aides ou plan personnalisé de santé réalisé lors de la première rencontre, entre le patient et/ou sa famille et validé par le médecin traitant,
- Organiser et assurer la coordination des soins et des aides au domicile en lien avec le médecin traitant, les acteurs concernés afin d'alléger le patient de cette organisation tout en tenant compte de ses souhaits :
 - Proposer une assistance administrative en assurant un rôle de conseil clef pour mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge et permettre au patient d'accéder à ses droits (moyens humains et matériels)
 - Proposer une assistance financière du traitement médical qui permet d'optimiser la prise en charge à domicile
 - Proposer une assistance psychologique à domicile pour le patient et ses proches.
- Assurer un suivi régulier du patient et de sa famille à domicile.

La coordination est donc nécessaire et même indispensable pour améliorer la prise en charge interdisciplinaire des patients. Et son déploiement favorise le développement de collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, améliorer l'interconnaissance des professionnels entre eux est également une étape importante pour développer la collaboration interprofessionnelle.

2.6.5 L'éducation interprofessionnelle

Comme nous l'avons vu, l'éducation interprofessionnelle, également appelée formation interprofessionnelle est nécessaire pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. Or le système de formation initiale et continue dans le champ de la santé en France est encore très cloisonné et peu de passerelles existent entre les filières.

Cependant, des expérimentations se mettent doucement en place en s'inspirant de ce qui se fait déjà depuis une quinzaine d'années dans les pays anglo-saxons.

¹¹ réseau de soins palliatifs dont la coordination s'ouvre sur toutes situations complexes du domicile

2.6.5.1 Des initiatives intéressantes

➤ Formation initiale « Apprenons à travailler ensemble »

En 2009, un projet de formation pluridisciplinaire a vu le jour à Rennes, porté par le réseau Diabète 35 et sa formatrice Mme Françoise ANNEZO (59). Cette formation permet à des étudiants en fin de cursus du secteur sanitaire et social de se rencontrer et d'aborder la question du « travailler ensemble ». Cette initiative est organisée sous la forme d'un séminaire de trois fois deux jours répartis sur une année scolaire. C'est maintenant l'AFDET¹² qui a repris les rênes de ce projet. Il s'est poursuivi à Rennes et s'est exporté dans plusieurs villes, notamment à Besançon depuis 2012.

La première session permet aux étudiants de se rencontrer, de prendre conscience de leurs représentations des autres professions, d'apprendre à connaître l'autre et à reconnaître ses compétences en déconstruisant ses a priori. Elle permet également de se rendre compte des difficultés de communication qui existent entre les différentes professions. Des initiatives de travail en interdisciplinarité sont également exposées.

La deuxième session concerne la maladie et la relation soignant/soigné. Après une discussion avec un philosophe sur les concepts de maladie/soin/soignant, de petits groupes pluridisciplinaires rencontrent des patients porteurs de maladie chronique. La notion de « replacer le patient au centre de la collaboration » prend alors tout son sens ; d'autant plus qu'il est proposé ensuite aux étudiants de construire un projet de santé. La fonction de coordination est par conséquent abordée.

La troisième session concerne l'éducation thérapeutique du patient. La présentation de l'éducation thérapeutique qui est un domaine interdisciplinaire par excellence, permet de visualiser des formes concrètes de collaboration interprofessionnelle effective.

➤ Formation continue pluridisciplinaire :

Au sein de certains Diplômes Universitaires, les formations réunissent différentes professions. On peut citer le DU d'éducation thérapeutique (ETP) sous la responsabilité du Pr. PENFORNIS à Besançon. Outre la formation commune, cela contribue à améliorer la connaissance de ses collaborateurs et à reconnaître leurs compétences.

Par ailleurs, de nouvelles structures favorisant la formation interprofessionnelle apparaissent. En Franche-Comté, les UTEP (Unités Transversales pour l'Education du Patient) et la CoMET (Coordination Multipartenariale pour l'Education Thérapeutique) ont cette vocation, les premières en secteur hospitalier et la seconde en secteur ambulatoire. Ainsi la CoMET a pour but de former et d'accompagner des projets autour de l'ETP, de répertorier les ressources régionales en ETP, de coordonner des actions, de soutenir des projets innovants facilitant l'ETP intégrée aux soins et développer une démarche qualité, en lien avec les experts régionaux.

¹² AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique

L'objectif de leur formation pluridisciplinaire est de « Promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique ou rare auprès des acteurs de santé du monde ambulatoire, en coordination avec les autres acteurs, sur l'ensemble de la région Franche-Comté ».

2.6.5.2 Le développement professionnel continu interprofessionnel, prémices d'une formation interprofessionnelle continue ?

Le Développement Professionnel Continu (DPC) instauré par l'article 59 de la loi HPST de 2009, entré en application le 1^{er} janvier 2013, est un dispositif **obligatoire** d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins s'adressant à **tous les professionnels de santé**. Il associe la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

- L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), mise en œuvre par l'HAS consistait à analyser l'activité clinique réalisée par rapport à des recommandations professionnelles actualisées,
- La formation continue était organisée et mise en œuvre par divers organismes selon la profession et consistait en un approfondissement des connaissances ou de compétences.

Le DPC se veut être un dispositif essentiel pour améliorer la prise en charge des patients et pour accompagner les évolutions du système de santé. Il pourrait permettre le développement de coopérations interprofessionnelles et contribuer à décloisonner les différents modes d'exercice car il peut se faire de manière interdisciplinaire.

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC en participant, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Ce programme de DPC doit :

- Être conforme à une orientation nationale ou régionale,
- Comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS,
- Être mis en œuvre par un organisme de DPC (O-DPC) qui est enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué favorablement par la commission scientifique compétente.

La perspective est de développer des programmes intégrés, adaptés aux pratiques des professionnels devant comporter des activités/actions de formation continue, d'EPP et de suivi.

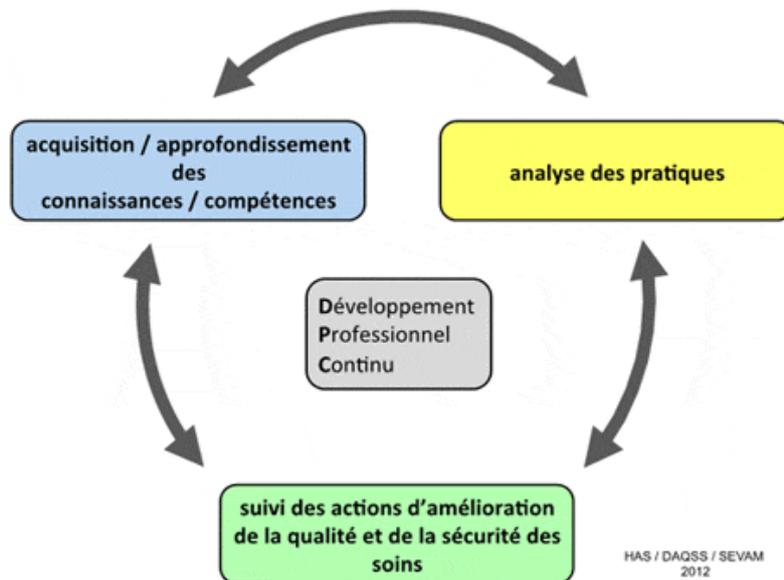


Figure 11: Le développement professionnel continu

Concrètement, les professionnels devront pouvoir valider leur DPC à travers des démarches d'amélioration de la qualité des soins dans lesquelles ils sont déjà engagés. Par exemple, pour les professionnels habitués aux formations continues de type présentielles (séminaires organisés par les sociétés savantes ou les associations...), il faudra simplement que ces formations s'inscrivent dans un programme annuel de DPC dans lequel l'action de formation est complétée par une action d'analyse de pratiques. De même, les professionnels exerçant au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, notamment parce qu'ils organisent des staffs entre eux et mettent en œuvre des protocoles de soins, sont engagés dans une démarche de DPC qu'il faudra formaliser au sein d'un programme.

Ce dispositif n'étant rentré en application que récemment, il est difficile de savoir s'il sera porteur de formation interprofessionnelle, même si c'est un de ses objectifs.

Comme nous l'avons vu, le système de soins de santé primaire français est en pleine restructuration pour faire face aux nouveaux besoins de la population. Le développement de la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour maintenir une qualité de soin optimale dans un souci d'efficience. Les dispositifs législatifs et financiers mis en œuvre ont pour but de faciliter les changements de pratiques. Mais comme nous l'avons vu dans la première partie, sans volonté des professionnels de santé de terrain, rien ne peut se faire. D'Amour en 2005 énonce que

Le simple fait d'amener des professionnels dans une équipe ne garantit pas une collaboration. Pour une collaboration effective, une équipe multidisciplinaire a besoin d'objectifs clairs, d'une bonne définition des rôles et des responsabilités de chacun, d'un bon partage de l'information et des activités d'équipe coordonnées.

Pour mettre en place ces éléments, les professionnels doivent avant tout apprendre à se connaître et à communiquer.

3 L'ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE de LEVIER

3.1 Le contexte

Secteur géographique

Levier est une commune française, située dans le département du Doubs en région Franche-Comté, à une vingtaine de kilomètres à l'ouest de Pontarlier. Chef-lieu du canton du même nom, la commune est membre de la Communauté de Communes Altitude 800.

Levier est situé en milieu rural. Avec près de 2000 habitants en 2010, elle joue un rôle de bourg-centre au cœur des moyennes montagnes du Haut-Doubs.

La Franche-Comté est une région bénéficiant d'une densité médicale moyenne (298,4 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants). Un bassin de vie franc-comtois compte en moyenne 9 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. 36% des bassins de vie de la région Franche-Comté sont caractérisés par une densité faible, ce qui n'est pas le cas pour le bassin de vie de Levier.

La région Franche-Comté est également une des régions pionnières dans le développement des maisons de santé pluridisciplinaires et des réseaux de santé, notamment pour la coordination d'appui. Elle est très largement engagée dans une dynamique régionale de santé avec une politique fortement concertée et structurée. En témoigne, l'existence de :

- une seule structure de gestion pour le dépistage des cancers,
- un Institut régional fédératif du cancer,
- une fédération régionale des réseaux de santé (une des premières en France),
- une fédération régionale des maisons de santé (la première en France),
- des comités d'éducation pour la santé organisés autour d'une instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS),
- des associations de patients fédérées au niveau régional,
- une régulation des urgences et de la permanence des soins inscrite dans une dynamique de régionalisation,
- un groupement de coopération sanitaire "EMOSIST" qui assure la maîtrise d'œuvre régionale des systèmes d'information.

Démographie

En 2011, la commune de Levier comptait 1 971 habitants et le canton de Levier qui comprend 15 communes, regroupait 8 798 habitants.

L'URCAM¹³ de Franche-Comté a exposé dans son état des lieux de 2011 certains indicateurs concernant les 4 professions de santé principales.

Sur le bassin de vie de Levier, on peut noter la présence de :

- 9 médecins en exercice dont 3 âgés de plus de 55 ans. Les médecins étaient répartis dans les 2 bourgs de plus de 1000 habitants à savoir 3 à Frasne, 4 à Levier et 2 dans la commune de Goux les usiers (600 habitants), soit une densité médicale de 10.7/10 000 habitants sur le canton,
Depuis, la répartition des médecins s'est modifiée : 5 à Levier, 2 à Goux les Usiers, et 3 à Frasne,
- 14 infirmières soit une densité de 16.7 pour 10 000 habitants ; et 1 Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD),
- 5 kinésithérapeutes soit une densité de 6/10 000hab,
- 3 dentistes soit une densité de 3.6/10 000 hab.

Le canton de Levier est donc bien doté en professionnels de santé, la densité des médecins généralistes, des infirmiers et des kinésithérapeutes étant supérieure aux moyennes régionales.

Cependant, on note l'absence d'offre de soins de spécialité médicale en ambulatoire. Les médecins spécialistes et le centre hospitalier muni d'un service d'urgence se concentrent sur Pontarlier, ville située à 21km de Levier.

Par ailleurs, comme dans la plupart des milieux ruraux, le réseau informel des médecins généralistes est assez bien développé. A Levier, certains médecins et infirmières disent d'ailleurs *« qu'une collaboration existe depuis un certain temps. »*

Création d'une maison de santé

En 2011, des démarches ont été entreprises pour créer une maison de santé pluridisciplinaire sur la commune de Levier à l'initiative du cabinet des médecins généralistes. Bien qu'un autre espace de santé pluridisciplinaire existe sur Levier depuis 2007 qui regroupe un cabinet infirmier, un dentiste, un podologue et une ostéopathe, les médecins étaient désireux de développer la collaboration entre les professionnels de santé du secteur. Ils ont proposé aux autres professionnels de santé d'établir un projet commun afin d'améliorer le lien entre les acteurs de santé. Ceci les a conduits à créer une association en parallèle des démarches administratives pour la maison de santé.

¹³ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

3.2 Historique de l'association

Il s'agit d'une association Loi 1901, à but non lucratif ayant pour nom « **Association des professionnels de Santé du secteur de Levier** ». L'association se compose des adhérents ayant versé annuellement une cotisation.

3.2.1 La genèse

L'idée de cette association est née du constat de l'un des médecins généralistes, l'actuel président de l'Association, le Dr Pierre-Marie PHILIPPE. Celui-ci, suite à une formation en éducation thérapeutique organisée par le Réseau Gentiane (diabétologie), a été enchanté de découvrir tout ce que pouvait apporter le travail en interdisciplinarité. Comme il le dit, cela a été «une révolution culturelle» pour lui. En continuant à se former en éducation thérapeutique, il a pu bénéficier de diverses formations interprofessionnelles. Celles-ci lui ont permis de se rendre compte de la méconnaissance des professionnels entre eux et de toute la richesse qui pourrait se développer si on créait plus de lien. Avec un regard nouveau, il a également pu constater que le pharmacien et les paramédicaux du secteur de Levier étaient demandeurs de zone d'échange et surtout d'une reconnaissance de la part des autres professionnels, et notamment de la part des médecins.

Les objectifs

L'association est née en mai 2011, elle a pour but d'une part de servir de « fil rouge » pour le développement de la maison de santé et d'autre part de créer du lien entre les professionnels de santé afin d'« *apprendre à travailler ensemble* ».

Dans les statuts, il est énoncé que « cette association a pour but de favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé et de promouvoir d'éventuels projets visant à l'amélioration de l'offre de soins sur le secteur de Levier. »

Ainsi, l'association vise à :

- Améliorer l'interconnaissance entre les professionnels,
- Développer une base de formation commune sur des sujets transversaux pour ouvrir des espaces de discussion et éviter « les contre-messages »,
- Atteindre un mode de relation égalitaire, en cassant le système de hiérarchie : « *le médecin doit revenir un soignant parmi les soignants.* »,
- Replacer le patient au centre, avec pour objectif une prise en charge globale de qualité grâce à un bon partenariat entre les différents acteurs de soins.

Les membres

Au départ, tous les professionnels exerçant sur la commune de Levier ont été conviés et le taux de réponse a été quasiment de 100%. Cela confirme bien l'envie et le besoin des professionnels d'échanger plus.

L'association comprend :

- 5 médecins,
- 1 pharmacien,
- 5 infirmières réparties en 2 cabinets infirmiers (1 + 4),
- 3 kinésithérapeutes répartis en 2 cabinets de kinésithérapie (1 + 2),
- 1 sage-femme,
- 2 ostéopathes,
- 1 infirmière acupuntrice,
- 1 dentiste,
- 1 psychothérapeute,
- 1 podologue,
- 2 professionnels viennent de quitter le secteur, il s'agit d'une orthophoniste et d'une psychologue,

Par la suite, avec l'avancement du projet de maison de Santé qui bénéficiera de financement public et notamment par la communauté de communes du secteur de Levier, il a été proposé aux acteurs de santé de Goux-les-Usiers de prendre part à cette association. Cet élargissement à tous les professionnels de la communauté de communes visait à créer une dynamique sur l'ensemble de ce territoire. La pharmacienne et le médecin sont venus quelques fois mais pas les autres professionnels, ce qui montre bien les réticences à s'ouvrir aux autres, notamment l'importance du territoire professionnel.

Ainsi, ce sont près de 20 professionnels de santé qui se retrouvent pour se former ensemble.

3.2.2 Le fonctionnement de l'association

Tous les membres de l'association sont invités une fois par trimestre à venir partager leur expérience dans une ambiance conviviale. Les réunions ont lieu dans une salle prêtée par la mairie. Le taux de présence est important, il se maintient à environ 85% à chaque réunion. Ces réunions se déroulent en deux temps :

Le premier temps consiste soit en la présentation d'un des professionnels, soit une formation-discussion plus collégiale.

En effet, le cloisonnement des formations initiales et l'organisation mono disciplinaire durant l'activité professionnelle conduisent à une méconnaissance, ou une connaissance parcellaire, des compétences des autres professionnels. Pour cela, durant les premières réunions, un professionnel était tout d'abord amené à présenter son exercice.

A présent, ce premier temps est devenu une discussion autour d'un thème transversal, dans un souci de partage. En effet, les personnes sont assises autour d'une même table pour que chacun puisse se voir, le but étant la formation commune à travers le partage d'expérience. L'expression est favorisée par un mode de formation sous forme de discussion. Un intervenant extérieur est invité à chaque réunion. Il a un rôle d'animateur du débat et une fonction d'expert. Les diaporamas sont bannis de cette association, afin de favoriser les échanges entre les différents acteurs de santé et l'intervenant.

Le choix d'un thème transversal paraît essentiel pour le président de l'association : cela permet d'ouvrir des espaces de discussions dans lesquelles chaque acteur de santé puisse y trouver quelque chose. Différents sujets ont été abordés jusqu'à présent : les pathologies psycho-somatiques, les approches diététiques du surpoids, les politiques de santé, la douleur, l'aromathérapie,...

Pour prendre un exemple, quand le thème de la douleur a été traité, les molécules très spécifiques et leurs effets indésirables n'ont pas forcément été évoqués, pour que le psychologue, l'ostéopathe, le podologue ne soient pas « exclus ». La composante psychologique de la douleur ou la fibromyalgie ont par contre été développées car chacun pouvait partager ses expériences avec les autres. Même si le jargon spécifique à chaque discipline était utilisé, le président veillait à le traduire pour que tout le monde comprenne de quoi il était question.

Dans un second temps, la logistique du projet de maison de santé est discutée.

Enfin, la convivialité prend le dessus : des breuvages et des douceurs sont servis et des discussions moins collégiales peuvent alors s'instituer. Des échanges en petit groupe sont possibles en fonction des affinités, des besoins de discussions par rapport à un patient ou tout simplement pour apprendre à se connaître personnellement.

Cette association représente une forme de formation interprofessionnelle continue. D'une part, nous pouvons la caractériser comme formelle puisque les réunions au sein de l'association sont structurées et répondent à une démarche d'éducation interprofessionnelle (« *learning from and about each other* »), mais d'autre part, nous pouvons préciser qu'elle peut apparaître comme informelle puisque la formation interprofessionnelle n'est pas clairement notifiée dans les statuts.

4 Notre problématique de recherche

Comme nous l'avons vu, le développement de la collaboration professionnelle jusqu'au stade d'interdisciplinarité peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients en situation complexe. Mais plusieurs freins existent notamment la méconnaissance des acteurs de santé entre eux, la notion de hiérarchie, la notion de concurrence et une rémunération majoritairement à l'acte.

Cette association nous semble être innovante dans le sens où elle s'attache à combattre les freins au développement de la collaboration interprofessionnelle. Elle vise également à améliorer la collaboration en amont de l'installation dans la maison de santé pluridisciplinaire. Dans nos recherches dans la littérature française, nous n'avons trouvé qu'un seul écrit relatant une expérience similaire en France dans la revue « Prescrire » (60). Il nous semble donc pertinent de présenter cette initiative et d'explorer ses répercussions.

De plus, comme le signale Levy et D'Amour en 1999 (7), les professionnels de santé n'ont pas forcément les mêmes représentations de la collaboration interprofessionnelle : *« certains professionnels nous ont dit concevoir la collaboration comme un échange d'informations alors que d'autres affirment que la collaboration doit aller au-delà de l'échange d'informations. Chez ces derniers, la collaboration se concrétise dans des prises de décisions communes et même dans un partage de territoires communs d'où une véritable action collective pourrait naître »*

Notre problématique peut se formuler ainsi : En quoi une association interprofessionnelle favorise-t-elle l'interdisciplinarité sur un secteur ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons choisi deux objectifs généraux qui sont comprendre les représentations de l'interdisciplinarité par les professionnels de santé de cette association, et explorer les répercussions de cette association sur les professionnels de santé eux-mêmes.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Explorer les représentations de l'interdisciplinarité pour ces professionnels de santé, ainsi que les freins et les facteurs favorisant son développement en milieu rural,
- Décrire les répercussions de l'association perçues par les professionnels concernant leurs interactions, entre-eux et avec les patients,
- Explorer les liens éventuels entre développement de l'interdisciplinarité et l'éducation thérapeutique,
- Examiner le ressenti des professionnels de santé concernant le Développement Professionnel Continu en commun et la délégation de tâches.

DEUXIÈME PARTIE :

MÉTHODE

1 Choix d'une méthode qualitative

Afin d'explorer les représentations de l'interdisciplinarité et les répercussions de l'association par les professionnels de santé du secteur de Levier, une démarche qualitative nous semble plus pertinente.

La recherche qualitative, à l'inverse des études quantitatives, ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales, en interrogeant d'une manière non directive un petit nombre d'individu. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des personnes interrogées, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets, de leurs représentations et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. (61)

Généralités d'une démarche de recueil de données pour une étude qualitative

Lors d'une étude qualitative, les données verbales sont recueillies par un enquêteur puis retranscrites. Un travail de codage des verbatim est réalisé manuellement ou par l'intermédiaire de logiciel approprié. Puis vient la phase d'analyse. Plusieurs approches théoriques sont utilisables pour appréhender les données. Si le choix se porte sur une analyse thématique, ce qui est notre cas, le codage est ouvert, toujours centré par la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Il s'agit donc d'une analyse inductive de contenu thématique. Ce travail nécessite plusieurs lectures des données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Ces thèmes sont alors définis et des associations sont recherchées. Le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. C'est la saturation.

Comme dans toute démarche scientifique, les études qualitatives doivent être rigoureuses. La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes, ainsi qu'à la triangulation des chercheurs qui permet de comparer les résultats obtenus suite à l'analyse par 2 chercheurs différents. La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour ce faire, l'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique.

2 Méthode par entretiens individuels semi-directifs

Bien qu'il existe d'autres techniques, notre choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Nous avons privilégié cette méthodologie car les personnes interrogées se connaissent toutes entre-elles. Pour favoriser un échange plus libre entre l'enquêteur et la personne interrogée, il nous a semblé plus intéressant de privilégier les entretiens individuels aux entretiens de groupes, autrement appelés focus groups. Les entretiens individuels sont plus chronophages mais ils permettent d'aborder des sujets plus délicats, comme des potentiels conflits entre professionnels par exemple.

3 L'échantillon

Afin d'analyser les représentations de l'interdisciplinarité par les professionnels de santé du secteur de Levier, ainsi que les répercussions de leur association, nous avons choisi d'interroger l'ensemble des professionnels adhérents à l'association, ce qui représente 21 personnes.

Lors d'une réunion de l'association en janvier 2014, l'objectif de notre travail a été présenté à l'ensemble des professionnels de santé. Ceux-ci ont ensuite été contactés individuellement par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

4 Guide d'entretien

Lors d'entretien semi-dirigé dans une étude qualitative, le meneur d'entretien propose un thème et encourage la personne interviewée à développer sa pensée. Pour cela, il utilise un guide d'entretien réalisé au préalable. Ce guide est composé d'une question de départ assez large et de plusieurs thèmes à aborder en utilisant des questions ouvertes et des formules de relance pour permettre à la personne interviewée de préciser ses propos. L'enquêteur doit adopter une attitude d'écoute active, d'empathie et de neutralité pour pouvoir recueillir le maximum de données en favorisant l'expression de la personne.

Notre guide d'entretien¹⁴ a été élaboré suite à l'analyse des données de la littérature. La revue de la littérature a été réalisée en utilisant les moteurs de recherche pubmed, cismef et google pour la littérature grise. Les mots-clés utilisés étaient : interdisciplinarité/interdisciplinarity, collaboration interprofessionnelle/interprofessionnal collaboration, formation/éducation interprofessionnelle/interprofessionnal education, soins primaires/primary care.

¹⁴ Le guide d'entretien est disponible en annexe 2

Notre guide d'entretien est divisé en 2 parties : la première concerne l'interdisciplinarité en général et la seconde porte sur l'association des professionnels de santé du secteur de Levier. Au début de chaque entretien, cette division en 2 parties leur était rappelée.

Concernant l'interdisciplinarité, le contenu du guide d'entretien portait sur :

- Leurs représentations de l'interdisciplinarité
- Les facteurs pouvant favoriser ou limiter son développement en milieu rural

Concernant l'association, le guide explorait :

- Les attentes initiales des professionnels de santé
- Leur perception des objectifs de l'association
- Les répercussions de l'association (interaction entre professionnels, pratiques professionnelles, relation avec le patient, perception de leur métier)
- Leur attentes pour l'avenir de l'association (Education Thérapeutique, DPC en interprofessionnel, délégation de tâches)

5 Recueil et analyse des données

Pour le bon déroulement des entretiens semi directifs, nous avons choisi de réaliser, de façon standardisée, trois étapes préalablement à l'entretien. Ces étapes étaient la présentation du cadre de recherche et des objectifs de l'étude, la présentation du déroulement des entretiens et un temps de remerciement pour leur participation. Par ailleurs, chaque participant a donné son accord pour l'enregistrement de l'entretien, et les propos ont ensuite été anonymisés lors de la retranscription.

Les entretiens se sont ensuite déroulés en adéquation avec les objectifs de cette recherche à savoir une partie sur l'interdisciplinarité et une partie sur les différents éléments en rapport avec l'association.

Nous avons pris le parti, lors de ces entretiens, que l'exploration des sous-thèmes dépendrait du déroulement de l'entretien :

- soit en suivant la chronologie préétablie dans notre guide
- soit lors de l'évocation spontanée par le professionnel de santé.

Au cours des entretiens, nous nous sommes efforcés de poser lentement les questions, la plupart du temps ouvertes, et d'utiliser la reformulation et le respect des silences pour permettre à la personne de préciser ses pensées.

Pour recueillir et retranscrire ces données nous avons utilisé un enregistreur numérique et le logiciel word. Cet ensemble de retranscriptions, appelés verbatim, a ensuite été analysé.

Une grille d'analyse a été réalisée après les 3 premiers entretiens afin de mettre en lumière les principales thématiques des entretiens.

Pour l'analyse, les thématiques qui se dégagent dans l'ensemble des entretiens ont été repérées manuellement puis codées à l'aide du logiciel RQDA. L'ensemble des verbatim a ensuite été analysé manuellement selon la méthode d'analyse thématique descriptive. Les catégories d'analyses comportaient d'une part les thèmes du guide d'entretien et d'autre part les thèmes spontanément évoqués par les professionnels.

Il nous semble important de préciser que notre étude visait à dégager et analyser les éléments importants des entretiens concernant les représentations de l'interdisciplinarité et les répercussions de l'association. Elle n'avait pas pour objectif d'analyser la collaboration interprofessionnelle entre les acteurs de santé du secteur de Levier.

6 Ethique

Tous les participants étaient volontaires pour participer. Ils ont été informés collectivement de notre démarche de recherche en janvier 2014. Au début de chaque entretien, le motif et l'objectif de notre étude leur ont été précisés. Les participants ont été informés et ont donné leur accord pour l'enregistrement de l'entretien. Les propos ont ensuite été anonymisés. De fait, dans la partie résultats, les professionnels sont nommés prof 1 à prof 19.

TROISIÈME PARTIE :

RÉSULTATS

1 Généralités

Les entretiens ont tous été réalisés par le même chercheur de février à mars 2014. Ils se déroulaient dans le cabinet des professionnels concernés. Ils ont duré entre 20 et 70 minutes, la moyenne étant de 34.5 minutes (médiane à 31 minutes). La retranscription de l'ensemble des 19 entretiens représente un corpus total de 141 pages.

Description de l'échantillon

Dix-neuf professionnels ont pu bénéficier d'un entretien semi-directif. Deux professionnels adhérents n'ont pas pu être interviewés suite à un manque de disponibilité de leur part.

Les professionnels interrogés étaient âgés entre 29 et 63 ans. Cinq professionnels étaient installés sur le secteur depuis plus de 28 ans, six professionnels entre 10 et 18 ans, et huit professionnels depuis moins de 10 ans. La proportion d'hommes et de femmes dans notre échantillon est à peu près équivalente : 9 femmes et 10 hommes.

La plupart des professions de santé du secteur était représentée : 5 médecins, 5 infirmières, 2 kinésithérapeutes, 1 pharmacien, 1 sage-femme, 1 dentiste, 1 kiné-ostéopathe, 1 ostéopathe, 1 podologue, 1 psychologue.

Comme nous l'avons déjà précisé, l'entretien était découpé en 2 parties, la première traitant de l'interdisciplinarité et la seconde de l'association des professionnels de santé du secteur de Levier.

2 REPRÉSENTATIONS de l'INTERDISCIPLINARITÉ

2.1 *LES ÉLÉMENTS PRINCIPAUX*

2.1.1 Travailler ensemble

Tous les professionnels de santé interrogés se représentaient l'interdisciplinarité comme le fait de travailler ensemble mais plusieurs caractéristiques ont spontanément été ajoutées. Ces différents éléments ont été regroupés en quatre catégories, qui sont :

- l'existence d'objectifs communs centrés sur le patient,
- la complémentarité,
- la communication : échanges et partages,
- le leadership.

Nous allons dans cette première partie développer ce que les professionnels ont précisé vis-à-vis de ces 4 catégories.

Par ailleurs, certaines personnes interviewées ont précisé quels étaient les professionnels de santé concernés lors d'une prise en charge interdisciplinaire en milieu rural. La plupart ne parlait que des professionnels médicaux et paramédicaux mais deux personnes ont mis en avant le lien avec le secteur médico-social.

Prof 12 : « C'est le travail en équipe de plusieurs professionnels de santé, en incluant les paramédicaux, en incluant aussi les acteurs sociaux... C'est échanger, réfléchir sur des méthodes de travail avec des professions différentes »

Prof 8 : « Travailler ensemble, avec les autres professionnels de santé, donc avec les médecins, avec l'ADMR, avec les assistantes sociales, avec un peu tout le monde. »

2.1.2 Objectifs communs centrés sur le patient

Dans plusieurs entretiens, l'existence d'objectifs communs est apparue comme un des éléments importants de l'interdisciplinarité.

Prof 12 : « Et puis l'intérêt aussi de travailler ensemble, c'est d'avoir des objectifs communs et pouvoir avoir des consensus communs, [...]qu'on définisse des fois des problématiques sur certains types de patients ou sur certains types de pathologies. Et puis, quand on a listé ces problématiques, réfléchir ensemble comment, en associant chacun nos qualités et nos connaissances, comment on peut améliorer la pratique et puis définir des objectifs, définir des consensus de pratiques... »

Prof 15 : « travailler en collaboration, c'est travailler avec et puis côte à côte, dans le même sens pour obtenir des résultats, enfin que le soin soit bien pratiqué. Enfin oui, que les personnes soient bien prises en charge voilà... Travailler dans le même sens. »

Prof 16 : « C'est avoir un projet d'avancer tous ensemble... avec la même...pas la même ligne, mais les mêmes objectifs, la même énergie en fait... »

Prof 18 : « Donc c'est vrai que pour travailler ensemble, il faut vraiment avoir la même vision du malade, il faut regarder pour avoir les mêmes objectifs. »

Prof 4 : « C'est le fait ... qu'il y ait différents professionnels de santé qui travaillent ensemble pour une même cause ou un même objectif auprès de la population, auprès des patients. »

Pour certains, l'interdisciplinarité renvoyait également à la notion d'approche des soins centrée sur le patient. Si nous pouvons penser que la plupart des professionnels avaient cette idée, peu l'ont exprimée spontanément.

Prof 6 : « C'est d'essayer d'avoir un partage, en fait pour qu'il y ait un suivi qui soit plus cohérent pour le patient. »

Prof 19 : « Donc voilà si l'approche est centrée patient, c'est un patient avec des gens autour, effectivement on enlève cette hiérarchie et donc avec l'interdisciplinarité, il y a approche centrée patient. [...] on ne peut pas dissocier éducation thérapeutique et interdisciplinarité, ça c'est très clair et d'approche centrée patient. »

2.1.3 La complémentarité

La notion de complémentarité a été exposée, dans la plupart des entretiens, comme une des caractéristiques fondamentales de l'interdisciplinarité. Mais pour pouvoir atteindre ce degré de collaboration, il a été précisé que plusieurs éléments devaient être présents, notamment une bonne connaissance des professionnels entre eux, la reconnaissance du rôle et des limites de chaque professionnel et une absence de hiérarchie entre ceux-ci.

Amélioration de l'interconnaissance au niveau personnel et professionnel conduisant à une confiance mutuelle

L'amélioration de l'interconnaissance semblait être un élément fondamental pour de nombreux professionnels. Ce processus se distingue par plusieurs étapes :

- Identification : Par le biais de l'association, ils vont se rencontrer, se nommer et décrire leur activité.
- Connaissance : Suite à l'identification, ils vont décider par un acte volontaire d'apprendre d'autres éléments de leurs confrères.
- Construction de la confiance envers l'autre : par le biais de la connaissance, les acteurs vont être dans une démarche de construction ou d'identification à des valeurs communes et/ou partagées au niveau personnel autant que professionnel, qui permet la mise en place d'un projet commun

Ensuite, de cette interconnaissance peut naître le développement d'un respect mutuel d'où peut émerger une relation de confiance. Il a été mis en évidence que le fait de mieux connaître l'autre personnellement, aboutissait à une augmentation du respect qu'on lui portait et à l'établissement d'une relation de confiance entre les 2 personnes.

Prof 18 : « Moi, je fais énormément confiance à ceux avec qui je travaille, ils sont plus compétents que nous dans plein de trucs. »

Prof 19 : « Fondamentalement, je pense que la première étape, c'est que les gens apprennent à se connaître et se forment ensemble. [...] pour qu'il y ait confiance, ça veut dire respect, respect de l'autre, respect de la différence ; à travers la formation, c'est aussi un respect de la différence. L'autre a le droit de penser comme il pense, je peux comprendre qu'il pense comme ça, même si moi je pense différemment et chacun se respecte. »

Par ailleurs quelques professionnels soulignaient l'importance de partager les mêmes valeurs. Mais pour cela, il fallait préalablement se connaître, découvrir l'autre personnellement et professionnellement.

Prof 18 : « C'est vrai que pour travailler ensemble, plus les années passent, plus je me dis qu'il faut quand même partager les mêmes convictions, pas que les mêmes convictions médicales, les mêmes convictions humaines aussi [...] il faut quand même des valeurs communes. »

De plus, le fait de mieux se connaître professionnellement, permettait de mieux comprendre les compétences de chacun, de mieux communiquer et donc de pouvoir développer des partenariats.

Prof 1 : « L'interdisciplinarité, c'est déjà essayer de se mettre un peu plus au diapason les uns les autres, on ne savait pas trop comment les gens travaillaient les uns par rapport aux autres, ce n'est pas toujours évident non plus de le savoir. Ça peut permettre de comprendre pourquoi à un moment on n'arrive pas à les joindre, pourquoi on ne peut pas les toucher. »

Prof 19 : « Et du coup, il faut croiser les regards, ça c'est très très intéressant et si possible croiser les regards avec des gens qui n'ont pas la même formation que nous, qui n'ont pas le même regard [...] il y a des regards différents et puis il y a des gens qui ont une intelligence professionnelle qui est différente de la mienne mais qui ne mérite pas d'être hiérarchisée. »

Reconnaissance du rôle et des limites de chacun

Dans notre étude, les notions d'interdépendance et de complémentarité ont été exprimées lors des entretiens. Il a été exposé que la complémentarité nécessitait que chacun reconnaisse ses propres limites de compétences et ses faiblesses d'une part ; et d'autre part qu'il connaisse les compétences des autres professionnels. Si ces conditions étaient réunies, alors une vision plus globale pouvait émerger, permettant d'exploiter au maximum la complémentarité des différents professionnels. Ceux-ci devenaient alors de véritables partenaires de soins.

Prof 5 : « On arrive tous à nos limites à un moment donné ou à un autre donc je pense qu'il faut... c'est vraiment intéressant de ne pas rester cantonné à sa thérapie [...] Reconnaître ses limites, oui ça c'est primordial [...] Que chacun pense les uns aux autres en se disant : eh ben voilà, moi je ne peux pas faire ça, par contre je connais quelques personnes qui pourraient plus vous aider dans ce domaine-là... »

Prof 2 : « Pour moi, pour la prise en charge du patient, il faut que tout le monde soit complémentaire. Et que tout le monde se serre les coudes. [...] Quand tout le monde y met un peu du sien, enfin si chacun apporte son maillon à la chaîne ... en général tout roule. »

Prof 13 : « On a chacun notre spécialité, mais on va compléter le travail par quelqu'un d'autre [...] Parler de certains patients, ensemble, en groupe et de voir ce qu'on peut faire, ce qu'on peut améliorer etc. avec les idées de tout le monde [...] effectivement, on peut pas tout faire et il y en a d'autres qui sont plus aptes à le faire. »

Prof 14 : « Que chacun trouve son compte à écouter l'autre et à s'enrichir de l'autre. Un jour que chacun pense qu'en fait il a besoin de l'autre, que le rôle de l'autre, le travail de l'autre, le métier de l'autre est aussi important que le sien... »

Prof 4 : « Oui, c'est vraiment intéressant de pouvoir travailler... De pouvoir confronter pas mal de thérapies les unes aux autres. Quand on voit qu'on bute avec un patient, qu'on a du mal à avoir des résultats, travailler avec les médecins, avec les podologues, les infirmières, les kinés pour voir comment on peut avancer pour réussir à apporter plus de bien-être au patient. »

La nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun a également été spontanément évoquée par certains professionnels.

Prof 2 : « Parfois c'est même un peu trop pour nous car ils nous font tellement confiance sur plein de choses que parfois on ne sait plus où sont nos limites, c'est vrai parfois... J'appelle ou je n'appelle pas ? Quelque part, il y a des fois où on en fait certainement un peu trop par rapport à ce qu'on est sensé faire (rire) ... Mais bon, c'est enrichissant. »

Prof 12 : « Et je pense justement qu'en travaillant plus ensemble, on arriverait mieux à cerner qui peut faire quoi, qui prend la responsabilité de... Et justement avec un coordonnateur là au milieu, ça permettrait de mieux gérer le rôle de chacun... »

Abolition de la hiérarchie

Le fait de mieux connaître les compétences des autres professionnels permettait d'améliorer la prise en charge des patients, ce qui passait par la reconnaissance de la contribution de chacun. L'organisation hiérarchique traditionnelle se retrouvait alors ébranlée. En effet, le médecin qui était préalablement au sommet de cette hiérarchie, se retrouvait un soignant comme les autres.

Prof 14 : « L'interdisciplinarité, ça veut dire que toutes ces disciplines se mettent ensemble et que... Enfin on va peut-être y arriver après, il ne devrait plus y avoir de hiérarchie. Chacun ses compétences et il ne devrait pas y avoir de hiérarchie, »

Prof 19 : « L'interdisciplinarité, c'est non seulement travailler ensemble, c'est faire..., c'est faire sauter la hiérarchie pyramidale, voilà, dans l'organisation des soins ; c'est-à-dire qu'il n'y a pas un médecin et des paramédicaux autour d'un patient, il y a une organisation, que moi j'appelle « centrée patient », mais en tout cas plutôt une organisation circulaire et horizontale plutôt que pyramidale, [...]Il faudrait pouvoir enlever le terme de para à médical, donc travailler avec d'autres soignants qui sont... qui deviennent des partenaires de soins. »

2.1.4 La communication

Il a été mis en évidence que l'interdisciplinarité nécessitait une bonne communication entre tous les intervenants. Le manque de disponibilité en temps pour communiquer a été identifié comme un des freins majeurs au développement de l'interdisciplinarité. La nécessité d'instaurer des temps de communication a donc été formulée et les réunions de l'association ont alors été présentées comme un outil pour faciliter la communication.

Prof 7 : « L'interdisciplinarité c'est ... avant tout la communication entre les différentes pratiques médicales et paramédicales. »

Prof 15 : « c'est déjà au niveau des informations, faire passer les informations dans tous les sens quand il y a besoin, pour des conseils [...] La communication c'est important. »

Prof 3 : « C'est la collaboration entre tous les professionnels de santé... S'appeler dès qu'il y a le moindre problème litige ou ... se former ensemble »

2.1.5 Le leadership

Plusieurs professionnels ont mis en avant qu'il y avait un des acteurs qui avait pris le rôle de leader puisqu'il a concrétisé les idées qui avaient émergées du groupe. Cette action semblait être une dimension indispensable pour la suite de la construction d'une collaboration interprofessionnelle.

Prof 4 : « Mais ici c'est vrai qu'à Levier, les gens sont quand même très ouverts à la collaboration. Il y a des éléments moteurs... il y a quand même des personnes qui se détachent et qui donnent un petit peu cet élan. »

¹⁵*« Après voilà c'est un investissement, c'est de l'énergie, même si c'est pas un boulot de fou. C'est les dynamiques qui nécessitent de l'énergie. Oui malgré tout, il faut quand même puiser un petit peu d'énergie pour aller là, pour lancer les dynamiques, pour concrétiser les choses ... Une chose c'est d'avoir les idées et l'autre chose, c'est de les traduire ... »*

2.1.6 Remarques générales

2.1.6.1 Distinction floue entre interdisciplinarité/collaboration interprofessionnelle

Nous avons remarqué lors des entretiens que la distinction entre les notions de collaboration interprofessionnelle et d'interdisciplinarité manquait de clarté. La majorité des professionnels de santé pensaient qu'il s'agissait de termes synonymes.

¹⁵ Pour préserver l'anonymat, nous n'avons pas précisé le nom du leader

Seul, le leader a exprimé clairement une distinction entre l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle.

« Alors il y a peut-être dans la notion d'interdisciplinarité quelque chose d'un peu plus fort que dans la collaboration interprofessionnelle. Le collaborateur, c'est éventuellement une infirmière avec qui je travaille, qui est un collaborateur de soins au sens strict... L'interdisciplinarité, ça va plus loin. C'est à nouveau l'idée que le soignant... On fait sauter cette hiérarchie de soins. »

2.1.6.2 Certains pensent déjà travailler en interdisciplinarité

Alors que l'entretien était bien divisé en 2 parties, la première concernant l'interdisciplinarité et la seconde l'association, plusieurs professionnels ont spontanément évoqué le processus de collaboration au sein de l'association dans les premières questions.

[« Alors pour vous, c'est quoi l'interdisciplinarité ? »]

Prof 3 : « C'est la collaboration entre tous les professionnels de santé... voilà... C'est ce qu'on fait déjà actuellement à mon avis mais ça demande à être amélioré, ça c'est clair. »

Prof 2 : (à propos de l'interdisciplinarité) « Eh ben, c'est primordial, ça c'est évident et je pense que quelque part on est déjà tellement dedans, même si on n'y est pas encore... Qu'il y a des choses qui manquent... on ne se rend même plus compte que ça manque finalement. »

2.2 BENEFILES ATTENDUS

2.2.1 Optimisation de la prise en charge des patients

Selon eux, la collaboration interprofessionnelle pouvait permettre une amélioration de la prise en charge des patients ; cela passait par le fait que les professionnels communiquaient mieux entre eux et également avec le patient.

Prof 19 : « si j'étais resté simplement dans un truc qui n'était pas de l'interdisciplinarité et qu'on avait échangé dans le couloir avec l'infirmière, on aurait dit Mme Machin c'est toujours compliqué et ses glycémies sont à 2g/L et il n'y a rien à en tirer etc... Il a fallu quand même qu'on se mette tous autour de la table dans une consult' (infirmière, médecin, patient et sa famille) pour qu'effectivement à un moment donné, le regard change complètement et qu'on comprenne, tout d'un coup, un truc qui nous avait échappé à tous individuellement. »

Prof 6 : « C'est d'essayer d'avoir un partage, en fait pour qu'il y ait un suivi qui soit plus cohérent pour le patient. »

Prof 11 : « L'interdisciplinarité, c'est optimiser la prise en charge du patient entre différents professionnels de santé, voilà ce qui me vient en premier à l'esprit... communiquer, échanger par rapport à des pratiques qu'on ne connaît pas trop . »

La mise en commun d'informations et la complémentarité d'approche des différents intervenants permettaient de construire un savoir commun pour un soin plus global. Grâce à cela, l'interdisciplinarité se concevait, pour certains, comme une prise en charge supérieure à la somme des compétences individuelles car elle passait par les compétences individuelles associées à celles développées par l'équipe.

Prof 19 : « Et l'interdisciplinarité, c'est une complémentarité mais c'est plus qu'une complémentarité, c'est une... C'est un catalyseur de soins... Un catalyseur de prise en charge, un catalyseur de soins parce qu'il y a plus que l'addition, voilà il y a plus que l'addition de soins. »

Pour certains, l'amélioration de la prise en charge des patients nécessitait également que les professionnels de santé aient une formation commune. En effet, le fait de se former ensemble pouvait permettre d'uniformiser leurs discours, le patient recevait alors la même information par tous les professionnels, il n'y avait plus de contre-message qui aurait pu entraver sa prise en charge.

Prof 12 : « c'est bien d'unifier aussi un peu le discours. Je trouve que pour le patient c'est rassurant... Voilà qu'on ait un peu le même discours... »

Par ailleurs, l'optimisation de la prise en charge des patients pouvait également passer par la mise en place collective de projets centrés sur le patient, comme l'éducation thérapeutique.

Prof 19 : « on ne peut pas dissocier éducation thérapeutique et interdisciplinarité, ça c'est très clair et d'approche centrée patient. »

2.2.2 Amélioration de la qualité de vie professionnelle des soignants

L'étude a montré que l'interdisciplinarité pouvait induire des changements positifs dans leurs modalités d'exercice. Ainsi, ils ont mis en évidence qu'elle permettait de rompre l'isolement.

Prof 17 : « Il me semble qu'il y a deux points : le plan humain avec l'exercice qui fait qu'on se sent moins seul. Et puis, quand on a des problèmes plus techniques, on peut soit se faire aider, soit aider, voilà... ça marche dans les deux sens généralement.»

Grâce à cette atténuation du sentiment d'isolement, les professionnels travaillant en interdisciplinarité pouvaient également se prémunir contre le risque du *burn-out*, en échangeant un peu plus sur leurs difficultés et en dynamisant leur pratique.

Prof 19 : « c'est un excellent remède, prévention du risque du burn-out éventuel. »

Prof 12 : « Je pense que ça peut aussi un petit peu protéger quelques-uns du burn-out »

Par ailleurs, pour certains, la collaboration interprofessionnelle pouvait permettre une revalorisation dans leur rôle de soignant.

Prof 19 : « ça peut-être aussi un soulagement dans la délégation de soins [...] Donc le patient gagne de la sécurité, les soignants sont valorisés dans leur rôle, le médecin est soulagé éventuellement, tout ça en sécurité si c'est protocolisé. »

Prof 15 : « Je l'ai déjà dit peut-être un peu de... Je vais pas dire ça, mais peut-être un peu de valorisation, enfin c'est pas ce que je veux dire car on est quand même dans une dynamique... À Levier on est quand même bien, c'est sympa, ça roule bien. Mais peut-être effectivement, être reconnu par d'autres professionnels de santé, voilà être reconnu dans nos soins, dans ce qu'on fait, dans ce qu'on ne peut pas faire, dans ce qu'on n'a pas le droit de faire. »

2.2.3 Notion de pôle magnétique sur un territoire

L'interdisciplinarité était vue par certains comme un moyen potentiel de dynamiser un secteur géographique, le rendre attractif pour d'autres professionnels de santé.

Prof 6 : « l'interdisciplinarité pour moi, ça représente plus ça : le fait de pouvoir faire venir d'autres professions qui ne sont pas là habituellement, pour moi ça c'est un truc qui serait vraiment bien. »

Prof 19 : « c'est probablement une bonne façon d'éviter les déserts médicaux. »

Ainsi, nous remarquons que la plupart des composantes de la collaboration interprofessionnelle a été énoncée spontanément par les professionnels de santé. Ensuite, de nombreux facteurs influençant le développement de la collaboration au stade d'interdisciplinarité ont été identifiés.

2.3 FACTEURS INFLUENCANT LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

De nombreux éléments influencent le développement de la collaboration interprofessionnelle ; certains constituent des freins et d'autres apparaissent comme favorisants. Ces différents éléments ont été regroupés en six catégories qui étaient : les relations humaines, l'interconnaissance professionnelle, le facteur temps, la dimension spatiale, la dimension financière et le secret professionnel.

2.3.1 Les relations humaines

La complexité des relations humaines entraîne une nécessité de prise en compte globale des éléments individuels et interactionnels lors d'une démarche de travail en équipe. Certains éléments apparaissent comme des freins à l'interdisciplinarité notamment le facteur humain, la notion de concurrence et de hiérarchie.

2.3.1.1 Le facteur humain

Le facteur humain était présenté comme le principal frein au développement de l'interdisciplinarité. De nombreux éléments étaient évoqués pour montrer comment il pouvait être un obstacle pour la collaboration interprofessionnelle :

L'absence de volonté et/ou la disparité d'investissement étaient clairement identifiées par plusieurs professionnels de santé.

Prof 12 : « Après il faut qu'il y ait une volonté... Donc le frein, c'est ça, s'il n'y a pas de volonté... C'est vrai que s'il n'y a pas de volonté... ça demande quand même un effort de trouver des dates communes, de faire des réunions, que tout le monde soit présent... ça demande de l'investissement, une volonté de chacun... »

Prof 13 : « la personne elle-même. Si on n'a pas envie de partager, eh bien oui forcément c'est un frein (rires)... Nous sommes nos propres freins quelque part... Mais je pense que c'est le plus gros frein... Bien sûr qu'il y a des tas de difficultés, il y en a certainement que je vois pas ... mais le premier frein c'est nous... pour peu qu'on s'entende pas avec ... la psychologue, le podologue, le médecin ou je sais pas, ça va pas aller. S'il n'y a pas d'acceptation de l'individu comme il est... Mais ça, c'est pas facile d'accepter l'individu comme il est... »

Prof 15 : « Si le désir de chacun n'est pas de travailler dans la collaboration, je pense que ça peut poser de gros problèmes. »

Le manque d'ouverture à d'autres approches thérapeutiques était également une notion importante puisque s'il n'y en avait pas, cela pouvait renforcer les mésententes entre les acteurs et freiner le développement de l'interdisciplinarité.

Prof 5 : « ça peut être un souci de personne, un souci de caractère. [...], quand on est fermé à une discipline comme ça, on écarte une thérapie qui pourrait peut-être apporter certaines choses... Voilà je pense que c'est plus ça... le manque d'ouverture. »

Prof 7 : « comme partout la personne aussi. Y'a des gens qui sont plus ou moins ouverts ou qui veulent travailler que dans leur coin... Si tu veux être que dans ton coin tout seul, bah t'as pas envie qu'il y en ait un autre... ça peut être un frein mais ça vient des gens. »

Prof 16 : « Eh bien la mésentente, parfois des médecins... Nous, on a parfois des façons de travailler un petit peu particulières, certains médecins pourraient ne pas trop cautionner cette façon de travailler... Voilà une mauvaise entente entre les personnes en fait... »

Le désir d'autonomie exprimé par un professionnel représentait également un frein. Il renvoie à la notion de cloisonnement des professions, notamment en libéral. Il peut être difficile pour certains d'envisager une collaboration interprofessionnelle alors qu'ils ont toujours travaillé de manière autonome.

Prof 1 : (à propos de l'interdisciplinarité) « oui pour moi, c'est un truc nouveau ; on était par principe assez individualiste avant. Moi je suis à cheval sur les 2. C'est un peu plus délicat au départ pour arriver à me plonger dans le bain, mais on est obligé de reconnaître qu'il y a quand même des avantages. »

La peur a été évoquée par deux professionnels, elle concernait différents domaines comme la peur d'être jugé ou bien la peur de l'autre. Elle pouvait être mise en relation avec l'égo.

Prof 14 : « J'en pense que c'est une histoire de personne, et ça veut dire beaucoup. Ça veut dire... Je veux dire c'est aussi peut-être justifié par... c'est large, ... ça peut vouloir dire manquer de confiance en l'autre, c'est peut-être avoir peur que ce soit déformé, peur de... Si ce n'est qu'une histoire d'ego, ça m'ennuie. »

Prof 19 : « Je pense que la peur est un grand grand frein à l'interdisciplinarité ; c'est-à-dire accepter que l'autre, enfin que je me débarrasse de... que je descende de ma chaire entre guillemets pour pouvoir dire ou être éventuellement, ce n'est pas juger, mais être confronté à l'autre. Et dans la peur, il y a la peur d'être jugé, que mes compétences, que mes faiblesses et que mes limites soient plus mises en évidence dans la discussion etc... Il y a aussi des gens qui peuvent croire que changer d'avis ; et si c'est pas moi qui dis, si je prends l'avis de l'infirmière, c'est que je ne suis pas bon. Enfin je pense qu'il y a beaucoup beaucoup de peur, beaucoup de peur... »

Prof 19 : « L'approche interdisciplinaire, c'est aussi l'école de ... je ne vais pas dire une école d'humilité mais quand même... Il ne faut pas avoir l'ego surdimensionné. »

Enfin, le caractère pouvait apparaitre comme un frein. L'histoire professionnelle et personnelle de chacun a une influence quant à la prise de conscience et la volonté d'entrée dans une démarche interdisciplinaire. Par conséquent, il faut tenir compte du rythme de chaque acteur.

Prof 11 : « Il y a aussi le caractère et les humeurs (rires) ... des fois ça peut jouer, on bossera plus préférentiellement avec certains plutôt qu'avec d'autres, oui ça peut jouer... »

Prof 13 : « C'est vrai que des fois, il y a des caractères qui vont garder ça à l'intérieur et puis ceux qui vont avoir des réactions après, ce qui n'est pas terrible, et il y en a d'autres qui ne vont pas réussir à exprimer les choses et il y en a d'autres qui vont dire les choses un peu trop brusquement, je dirais agressivement, ce qui n'est pas une bonne chose... Donc le caractère de chacun, si il n'a pas réglé ses problèmes, c'est difficile... »

2.3.1.2 La hiérarchie

Comme nous l'avons vu dans la première partie portant sur les représentations de l'interdisciplinarité, celle-ci nécessitait une organisation plus horizontale que pyramidale. L'histoire de la notion de hiérarchie au sein de l'organisation des soins est ancrée dans les mémoires. Ainsi le rôle et la place de chacun reste défini entraînant une difficulté au changement, notamment à une nouvelle organisation telle que l'interdisciplinarité.

Prof 14 : « L'interdisciplinarité, ça veut dire que toutes ces disciplines se mettent ensemble et que... Enfin on va peut-être y arriver après, il ne devrait plus y avoir de hiérarchie. Chacun ses compétences et il ne devrait pas y avoir de hiérarchie, comme il y en a trop. [...] Mais on a toujours eu l'impression que l'infirmière, notre rôle c'était d'être au plus près du médecin pour le servir, comme dans un service d'hôpital où le médecin claque des doigts et les infirmières sont là pour faire les petites mains. Et puis entre infirmières, on se dit souvent qu'on a l'impression d'être que les petites mains du médecin qui pense. Que le médecin pense avec un E et l'infirmière elle panse avec un A. »

2.3.1.3 La notion de concurrence

Cette notion a été évoquée comme un frein, mais les propos concernaient essentiellement la concurrence intra professionnelle. La concurrence interprofessionnelle n'a pas été évoquée comme un frein. Cette constatation est surprenante car la concurrence intra professionnelle existe à partir du moment où on exerce en libéral, la collaboration interprofessionnelle ne joue donc qu'un rôle mineur sur ce facteur.

Prof 7 : « c'est peut-être plus au niveau de la concurrence qu'il y en a qui disent que c'est pas forcément évident, genre les infirmières qui ont fait 2 cabinets séparés »

Prof 14 : « l'autre infirmière qui a monté l'autre cabinet infirmier sur Levier, je lui ai proposé plusieurs fois de s'installer ensemble mais elle a préféré monter son propre cabinet. Elle a cru bon de se mettre en concurrence. Ça fait 17 ans qu'on ne se parle pas, donc vous imaginez qu'à ces fameuses réunions de maison médicale comme c'est difficile... »

2.3.2 L'interconnaissance professionnelle

L'interconnaissance professionnelle semblait être un élément majeur pour le développement de la collaboration interprofessionnelle jusqu'au stade de l'interdisciplinarité. La méconnaissance des professionnels entre eux constituait donc un frein et parallèlement toutes les actions qui visaient à améliorer cette interconnaissance favorisaient le développement de l'interdisciplinarité.

2.3.2.1 La méconnaissance des professionnels

La méconnaissance des professionnels entre eux était peu exposée comme un frein à l'interdisciplinarité. Paradoxalement, une partie des interviewés exprimaient que l'élément majeur favorisant l'interdisciplinarité était le développement de l'interconnaissance.

On peut tout de même citer quelques professionnels qui évoquaient la méconnaissance des professionnels entre eux et qui la reliaient à un autre frein important, à savoir la peur de l'autre.

Prof 18 : « Et puis, on ne connaît pas l'autre, il y a rien de pire que de ne pas connaître celui qui est en face de toi. Quand tu le connais mieux, déjà tu l'apprécies mieux, tu le comprends mieux. »

Prof 19 : « Je pense que les gens ont plutôt peur, qu'il y a une appréhension de l'autre et cette appréhension, elle vient du fait qu'on ne se connaisse pas, voilà pour moi ça, ça me paraît assez clair...»

2.3.2.2 Les rencontres interprofessionnelles au sein de l'association

L'association des professionnels de santé du secteur de Levier a été évoquée par la quasi-totalité des interviewés comme une des solutions pour favoriser le développement de l'interdisciplinarité en milieu rural. Plusieurs aspects étaient énoncés, que nous développerons plus amplement dans le chapitre traitant des répercussions de l'association.

Interconnaissance entre professionnels de santé

D'une part, l'association permettait de se rencontrer physiquement, ils apprenaient alors à se connaître personnellement et professionnellement, améliorant ainsi la communication.

Prof 5 : « Après c'est vrai que le fait d'organiser ces réunions, entre médicaux et paramédicaux, une fois par trimestre, c'est intéressant parce que du coup on se rencontre plus, on va plus facilement discuter les uns avec les autres... [...] faire des réunions ; continuer à faire des réunions comme on le fait, pour pouvoir parler de cas de patients pour pouvoir aller plus loin... »

Prof 4 : « Peut-être aussi le fait de faire des réunions où les gens se retrouvent et puissent discuter de la pratique professionnelle de chacun d'un sujet de santé ou autre... »

Prof 15 : « Eh bien de créer des associations comme à Levier (rires), voilà avec tous les intervenants, ça peut aider. Parce que je vois même moi avant de faire partie de cette association, enfin on en parlera peut-être après, il y a plein de gens que je ne connaissais pas sur le secteur. C'est vrai qu'on travaille plus avec le pharmacien, les médecins, les kinés voilà ... alors que là, ça permet vraiment de ramener des gens qui sont... qui travaillent vraiment plus dans leur coin : la sage-femme, on a moins de patients en commun... »

Prof 19 : « Enfin je pense qu'il y a beaucoup beaucoup de peur, beaucoup de peur... Et ça, ça se règle par le fait que les gens apprennent à se connaître, c'est vraiment la clé des choses à mon avis. [...]C'est typiquement une expérience de l'association, le fait que les gens apprennent à se connaître et que au bout d'un moment, ça lève les freins, les peurs doucement, progressivement s'il n'y a pas un irréductible. Globalement le fait que les gens apprennent à se connaître, »

Formation commune

D'autre part, l'intérêt de se former ensemble a été clairement identifié comme un facteur favorisant l'interdisciplinarité. Il est différent mais complémentaire de l'intérêt personnel d'une formation spécifique à sa profession.

Prof 19 : « Mais fondamentalement, je pense que la première étape, c'est que les gens apprennent à se connaître et se forment ensemble, »

Prof 10 : « Les associations du même type que la nôtre... des temps de rencontre, ça c'est pas mal et puis on essaie souvent d'avoir des sujets transversaux qui peuvent intéresser tout le monde, ce qui est pas mal... »

Prof 8 : « Toutes ces réunions qu'on fait avec les médecins le soir, c'est vrai que ça permet de nous connaître plus, ça permet d'avoir des échanges puis d'avoir tous la même information. »

Gestion collective des problèmes

Par ailleurs, s'accorder du temps pour gérer les difficultés de prise en charge de certains patients et des potentiels conflits interprofessionnels a également été évoqué par certains professionnels comme un élément positif pour l'interdisciplinarité, dans le sens où il apporterait un potentiel gain de temps.

Prof 11 : « Repérer ce qui ne va pas et puis en tirer les conséquences et essayer d'améliorer[...] Ça peut être des petites choses comme échanger sur certaines situations difficiles, l'occasion de se voir tous ensemble en même temps plutôt que de se téléphoner en deux minutes « tiens, vous penserez à ça et puis vice versa est-ce que vous pouvez préparer une ordonnance en vitesse ». Voilà je pense que ce serait l'idéal, après c'est pas forcément toujours évident à mettre en place, il faut avoir le temps. »

Prof 13 : « Je pense que ça ne s'est jamais fait mais il serait bien... de discuter de problématiques d'entente, ça pourrait se faire dans les réunions... Par exemple si, effectivement, certains vivent des choses qui ne sont pas forcément agréables avec tel autre professionnel, de pouvoir en parler librement sans jugement. Il faut bien qu'on le dise au début de la réunion que c'est sans jugement et qu'on mette bien l'accent sur le fait que personne n'est parfait. On a tous des défauts, ça il n'y a pas de doute. Et donc, il faut qu'on s'accepte mais qu'on essaye d'améliorer les choses pour le patient... Parce que c'est lui qui est au centre de tout ça, quand même... »

2.3.3 Le facteur temps

La dimension temporelle a été évoquée par l'ensemble des professionnels. La plupart disait manquer de temps et que par conséquent, leur communication n'était pas optimale ; et cela influait sur la collaboration entre les professionnels de santé. Des moyens pour améliorer leur disponibilité étaient alors présentés comme des facteurs favorisant le développement de l'interdisciplinarité.

2.3.3.1 Le manque de temps

La plupart des professionnels se sont accordés pour dire qu'ils manquaient de temps et que cela représentait un frein majeur. Le fait de travailler en milieu rural a également été présenté comme un facteur majorant le manque de disponibilité car la charge de travail y est très soutenue.

Prof 6 : « il y a le facteur temps, je pense. C'est-à-dire que quand on a des journées qui sont un petit peu à rallonge et puis qu'on finit un peu tard et que toute la journée on n'arrête pas, forcément, c'est pas toujours facile d'échanger... »

Prof 11 : « La charge de travail, je dirais, car on bosse chacun beaucoup de notre côté donc voilà... des fois, on reporte à plus tard, on n'arrive pas à se voir, à se téléphoner... »

Prof 16 : « C'est pas facile au niveau des horaires, je pense... C'est plus facile en ville de dire on ferme le cabinet de telle à telle heure etc... alors qu'en milieu rural... Je vois bien les gens et ils n'aiment pas téléphoner, ils n'aiment pas laisser de message sur le répondeur, donc ils viennent au cabinet, donc j'ai jamais fini. J'ai l'impression qu'on n'a jamais fini, qu'on n'a jamais d'horaires... j'ouvre pas mes mails, je n'ai pas le temps. Vous voyez, on est en zone rurale, on est débordé. Moi je refuse du monde, voilà on manque de temps... »

Prof 18 : « Et puis je pense que pour pouvoir travailler ensemble, il faut avoir du temps et moi je pense en milieu rural, c'est difficile parce que on n'a pas le temps. Oui, il faudrait avoir... Enfin on n'a pas le temps. »

Prof 19 : « Et puis le temps quand même, parce que derrière, à un moment donné, il y a un facteur temps parce que ça reste chronophage. Voilà c'est un mode de consultation, c'est un mode de prise en charge qui prend du temps et du coup voilà c'est un frein. Le temps et la dimension un petit peu plus particulière de l'acte, voilà ce qui fait que des fois, ça peut être un petit peu plus compliqué. »

2.3.3.2 Optimiser le temps disponible

Pour pouvoir gérer au mieux les patients malgré ce manque de temps, l'optimisation du temps disponible a été exposée comme une solution permettant de développer la collaboration interprofessionnelle. Cela passait par l'amélioration de la disponibilité des professionnels, une meilleure coordination et le développement d'outils en commun favorisant la collaboration.

Définir un temps consacré à la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs professionnels ont fait un lien avec l'association qui leur permettait de se rencontrer régulièrement de manière formelle. Une organisation en amont, comme une date de réunion définie en avance, leur permettait de réserver un temps pour cette collaboration et ainsi améliorer leurs disponibilités.

Prof 11 : « Déjà être plus disponible quand on peut... Eh bien éventuellement, comme on fait dans le secteur, si on peut organiser, laisser une plage horaire de libre pour se rencontrer de temps en temps et justement essayer de voir comment améliorer tout ça. »

Prof 18 : « plus de temps et du temps consacré à ça, donc moins de charge de travail et une meilleure organisation.... Gagner du temps en étant mieux organisé, je sais pas ou bien alors il faut supprimer des malades (rire). Ou alors s'obliger à se donner un temps qu'on consacre à ça. »

Meilleure coordination

Quelques professionnels ont également mis en avant la nécessité de coordonner les actions pour pouvoir améliorer la collaboration interprofessionnelle malgré leur manque de temps. Le besoin d'une personne coordinatrice a été exposé comme un facteur nécessaire néanmoins le rôle de leader n'a pas été évoqué clairement.

Prof 12 : « Ben c'est vrai que si on mettait un petit peu des outils à notre disposition... si on formait des gens pour faire de la coordination, peut-être que tout ça serait mieux structuré... [...] une secrétaire ou une infirmière, je sais pas trop quelle formation il faudrait, pour être coordonnateur un petit peu des soins... qu'il fasse le lien entre les patients, les professionnels de santé, les réseaux sociaux, le monde hospitalier. C'est vrai que si on avait quelqu'un comme ça, ce serait pas mal. »

¹⁶*« Un coordonnateur... tout simplement (rire)... quelqu'un d'extérieur qui s'occupe d'organiser les réunions, de trouver un formateur etc... Je pense quelqu'un d'autre qu'un professionnel de santé puisqu'on a tous peu de temps libre donc... Je pense que c'est plus simple, si c'est quelqu'un d'extérieur et rémunéré évidemment... Ça me paraît essentiel... Moi, je suis secrétaire de l'association et je ne fiche rien pour parler poliment donc voilà... je n'ai pas le temps de prendre des notes, de résumer ou de faire des comptes-rendus de réunions etc... donc je voudrais bien que quelqu'un prenne ma place (rire)... Et puis c'est un des médecins qui chapeaute tout, on voit bien qu'il a ses limites, on va dire... ce serait bien qu'il y ait quelqu'un qui organise tout... Ce serait pas mal, ça ferait gagner un peu de temps... »*

Développer des outils communs

Pour certains, le développement d'outils communs facilitant la communication pouvait être un facteur favorisant l'interdisciplinarité, n'amenant pas une surcharge au niveau du temps.

Prof 15 : « C'est un dossier de soins commun, parce que nous, on a notre petit classeur, les aides ménagères ont leur petit classeur parfois les médecins, ils préfèrent un petit cahier. Voilà donc ça, c'est peut-être un support un peu plus travaillé, plus abouti... »

Prof 2 : « Je pense à la création de dossier de soins. Nous, on essaie pour les patients qu'on prend en charge d'avoir des classeurs. Mais bon, les classeurs, il y a des feuilles qui volent, on ne note pas toujours dedans... je pense qu'il y aurait des recherches à faire pour un moyen de communiquer sans être forcément chez la personne. Par exemple, un ordinateur avec un système entre... Je pense que ça pourrait être bien. »

Prof 17 : « C'est un petit peu tout ce qu'on met au point en ce moment avec l'informatique, les réseaux informatiques entre les professionnels qui permettent d'avoir accès, ou plus facilement communiquer tout du moins, sans forcément avoir accès, mais plus facilement communiquer les données de tel ou tel patient, donc ça, ça apporte quelque chose. »

¹⁶ Pour préserver l'anonymat, nous n'avons pas précisé le numéro du professionnel.

Prof 6 : « Après il y a peut-être éventuellement d'avoir un peu plus d'échanges par un espace Internet commun ou par ce genre de choses. Mais après c'est des choses qui peuvent se développer peut-être avec le temps. Mais c'est vrai que ça peut être pas mal de pouvoir mettre des infos qu'on peut avoir chacun dans nos professions et puis les faire partager à tous pour que tout le monde soit un petit peu plus au courant de ce qui bouge, de ce qui se fait... Ça peut être un bon moyen de communication les uns avec les autres... Peut-être. »

2.3.4 La dimension spatiale

Nous avons remarqué que le manque de proximité était un frein pour la mise en œuvre d'une telle démarche. Mais les acteurs de santé ont spontanément exprimé des solutions pour y pallier. Ainsi la distance géographique ne représentait qu'un frein mineur.

Prof 11 : « La distance mais c'est vrai que... avec les nouveaux moyens, je pense que ça peut pas mal s'améliorer et qu'il y a des choses à faire : s'envoyer vite fait un mail, des choses comme ça... »

Prof 12 : « Il y a peut-être un peu les distances géographiques entre les différents professionnels mais bon maintenant... 20 km c'est plus rien. »

Prof 15 : « Les freins, c'est aussi au niveau, on ne va pas dire géographique mais comment dire, ne pas travailler au même endroit forcément voilà... À l'hôpital, c'est beaucoup plus simple, on est tous sur place alors que là, ça peut être un frein de ne pas être dans les mêmes locaux... »

Parallèlement, le regroupement des professionnels au sein d'une même structure constituait pour la plupart un des facteurs principaux pour favoriser le développement de l'interdisciplinarité.

Prof 15 : « Je pense à la maison médicale, c'est pas forcément l'association qui a fait aboutir le projet mais oui, si je pense que grâce à l'association, la maison médicale va voir le jour, donc ça va encore plus nous permettre de travailler en collaboration. Parce que déjà on sera tous regroupés, enfin nous c'est pas encore sûr, mais les professionnels seront vraiment tous centrés sur un même endroit et je pense que ça peut beaucoup aider ça, pour le travail en équipe donc après... »

Prof 16 : « Avoir une salle commune où on pourrait tous aller... Où on aurait tous la salle à disposition pour tout le monde, comme la salle de la mairie... Une salle d'interdisciplinarité qui serait à nous et par exemple le midi au lieu de rester manger mon casse-croûte ici, j'irais là-bas ou bien pour une petite pause, je pourrais aller là-bas. Il y aurait un petit tableau d'affichage, par exemple tout le monde peut faire un petit message etc.... Enfin voilà, faire une salle commune pour tout le monde... Que la salle qu'on a actuellement soit libre tout le temps que pour nous. Ce serait bien ça, on se verrait un petit peu plus souvent je pense... »

Prof 12 : « Eh bien des lieux communs, des salles de réunion commune... et notamment pour pouvoir faire des soins partagés avec d'autres professionnels de santé, que ce soit infirmière, kiné... C'est bien aussi de pouvoir avoir des locaux communs pour pouvoir... soigner un patient... »

Par ailleurs, certains ont souligné que le fait d'exercer dans un **territoire rural**, permettait de plus facilement travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Prof 19 : « Je pense que c'est plus facile de travailler en interdisciplinarité en milieu rural parce que... en tout cas sur le secteur qui nous concerne, c'est plus facile. Peut-être parce qu'on a déjà cette culture de l'échange régulier... Il y a une autre idée à laquelle moi je suis très attaché, c'est l'idée du territoire, du territoire de vie, de ces micro territoires. Le fait que tous les gens travaillent dans un territoire donné, assez géographiquement limité, en milieu rural avec un mode de relation qui est quand même plus facile, enfin un mode d'échange qui est plus facile. »

Prof 12 : « Alors moi, j'avais plus l'impression que c'était plus difficile (de travailler en interdisciplinarité) en milieu urbain... j'avais l'impression que c'était vraiment très intéressant en milieu rural, justement parce qu'on a une population restreinte et qui va consulter les mêmes professionnels de santé. C'est encore plus facile d'établir des projets de soins communs entre les professionnels pour des patients qui ont des pathologies un petit peu chroniques, lourdes. Donc au contraire, je trouve que c'est beaucoup plus facile et beaucoup plus intéressant en milieu rural. »

2.3.5 La dimension financière

Les professionnels de santé interrogés ont également mis en avant plusieurs aspects financiers qui pouvaient influencer sur le développement de l'interdisciplinarité.

Deux aspects financiers ont été évoqués comme des freins, à savoir l'absence de gains financiers immédiats lors d'une prise en charge interdisciplinaire et un financement public disparate pour favoriser ce type d'exercice.

Prof 19 : « Mais voilà, il ne faut pas avoir une horloge ni un tiroir-caisse dans la poche. Voilà ça c'est clair. Dans le tiroir-caisse, je veux dire de façon un peu humoristique qu'il y a une dimension financière. Je veux dire : on ne gagne pas d'argent à faire de l'interdisciplinarité ; on n'en perd pas forcément, parce que les patients qu'on a maintenus sur un secteur, à un moment donné, ça profite à tout le monde. »

Prof 16 : « Quand je vois là, avant on travaillait un peu avec les Usiers, ils n'ont pas eu de budget donc je vois qu'ils ne viennent plus aux réunions. On sent qu'il y a une tension avec eux, à cause du budget de l'ARS qui a été accordé à Levier et pas à Gouxles-Usiers, enfin j'ai pas tout suivi... Les budgets pour des locaux, ça peut influencer je pense... »

Pour quelques professionnels, la rémunération des temps interdisciplinaires était nécessaire pour mobiliser les acteurs libéraux à s'engager et s'investir dans cette démarche.

Prof 9 : « Je pense qu'on arrive à prendre des temps de réflexion, nous médecins généralistes, parce qu'on se les impose, donc il y a peut-être des temps à imposer. Alors après ces temps, il y a peut-être aussi une question de rémunération de ces temps de réflexion, d'échanges sur un patient. Moi, je pense que ça aussi c'est peut-être important quand-même, sinon on court... »

2.3.6 Le secret professionnel

Le dernier frein identifié était la gestion du secret professionnel. Les professionnels du secteur social n'ont pas les mêmes soumissions que les professionnels médicaux et paramédicaux. Pour certains, comme les auxiliaires de vie, il s'agit simplement d'une discrétion professionnelle. De plus, ils n'ont pas forcément à partager les informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Deux questions ont alors été posées : quelles informations pouvaient être échangées et partagées dans une démarche de travail d'équipe en interdisciplinarité ? Quel outil pouvait être mis en œuvre pour la gestion du secret professionnel ?

Prof 10 : « Ces difficultés, elles se réfèrent au secret professionnel. [...] Après, il faut toujours réfléchir sur le pourquoi on transmet une information et est-ce que c'est vraiment utile donc je pense que ça demande à réfléchir un peu quand même... »

Prof 15 : « un outil en commun, mais il faudrait le bosser parce que ce serait pas simple [...] mais voilà, il y a des limites dans le sens où tous les intervenants n'ont pas accès, n'ont pas à avoir accès au dossier médical [en faisant références aux auxiliaires de vie] »

3 L'ASSOCIATION

3.1 *Les objectifs de l'association et leurs attentes initiales*

3.1.1 Les objectifs

Les statuts énoncent que « cette association a pour but de favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé et de promouvoir d'éventuels projets visant à l'amélioration de l'offre de soins sur le secteur de Levier. »

Lors de la création de l'association, les professionnels ont tous reçus la même information. Malgré cela, la perception des objectifs du projet associatif a été divergente. Trois points de vue ont été dégagés dont l'objectif de la création de la maison de santé (n=3); celui de l'amélioration de l'interconnaissance des acteurs du secteur et/ ou la formation commune (n=8) et enfin l'association de ces deux objectifs (n=8).

Prof 19 : « L'association au départ, elle est d'abord créée pour être un interlocuteur institutionnel par rapport à la communauté de communes. Il y a un projet de maison de santé, et comme c'est une maison de santé pluriprofessionnelle, il faut un interlocuteur institutionnel et du coup on crée l'association pour ça. Mais très rapidement..., vu qu'au départ tout ça est un peu rébarbatif, pas trop intéressant, il m'a semblé très intéressant, tout de suite, d'y mettre autre chose dans cette association. Enfin moi, c'était mon idée : de former les gens ensemble. [...]Voilà... vraiment l'idée de la formation sur des sujets comme ça très transversaux, c'est mettre comme ça les gens autour de la table, et puis confronter les regards. »

Bien que la perception des objectifs ait été divergente, tous ont été en accord pour suggérer que l'objectif principal de l'association était l'optimisation de la prise en charge des patients en développant la collaboration interprofessionnelle. D'ailleurs, certains professionnels l'exprimaient très explicitement en répondant à la question « Pour vous, c'est quoi les objectifs de l'association ? » :

Prof 2 : « Le travail en collaboration.... Je pense qu'au départ c'est ça et puis la formation en fait. Le but je pense que c'est de collaborer tous ensemble et puis parvenir dans les années à venir à faire un noyau qui coule de source ...voilà dans le même endroit ou pas puisque je pense que même si tout le monde n'est pas dans le même endroit, tout est possible... »

3.1.2 Les attentes initiales des professionnels

Les attentes initiales des différents professionnels étaient diverses. Si pour certains, c'était la curiosité qui les avait conduits à adhérer à l'association ; pour d'autres, c'était l'envie de se retrouver entre professionnels de santé pour échanger, faire du lien, découvrir ce que fait l'autre et se former ensemble.

Prof 3 : « Déjà de se rencontrer et de se former ensemble pour qu'on ait tous la même information sur un sujet donné. Pas qu'il y ait de divergences, que le pharmacien dise une chose, que le médecin une autre et l'infirmière encore une autre... Sur tous les sujets enfin peu importe... »

Quant au leader, il exprimait des attentes plus globales. Selon lui, l'association avait quatre objectifs importants :

- Permettre aux professionnels de mieux se connaître pour pouvoir dépasser leurs peurs,
- favoriser une amélioration des pratiques professionnelles en replaçant le patient au centre des soins et en améliorant la bienveillance des soignants envers les patients,
- transformer l'organisation pour favoriser la complémentarité et ainsi enlever la hiérarchie,
- encourager le maintien d'une dynamique positive sur le territoire.

¹⁷« *Quand je vois toutes les disciplines médicales, paramédicales, comment elles ont évolué et comment elles se sont technicisées, le degré de sophistication et de réflexion dans tous les métiers etc... Enfin chacune a son approche, il y a une richesse folle... donc il faut arrêter d'être dans des prés carrés, cette richesse folle d'approches, de regards, elle doit servir d'abord les patients. Parce que si j'ai fait ce métier-là, c'est d'abord pour soigner les gens, et j'ai envie qu'ils soient bien soignés et pas maltraités. Et d'autre part, il y a une dynamique folle là-dedans, moi je suis sûr de ça... Parce qu'il n'y a pas que les médecins qui réfléchissent, parce qu'il n'y a pas que les médecins qui trouvent des trucs. Cette espèce de bouillonnement, elle est peut-être encore plus visible dans d'autres professions avec des gens tout aussi intelligents, dans le sens de la vraie intelligence des choses, enfin à mon sens. Et donc c'est riche parce que s'il y a de l'engagement, ce dynamisme-là, il me nourrit. Ces approches complémentaires, elles m'apportent, elles améliorent ma prise en charge, elles changent mes regards. »*

« Il y a l'idée du territoire, j'aime aussi assez que tout ne soit pas hospitalo-centré et puis que de temps en temps, on montre aussi qu'on n'est pas que des... Voilà qu'on est capable d'idées, qu'on est capable de dynamique, de choses comme ça. [...] Je ne conçois pas qu'il puisse y avoir des déserts médicaux. Donc si on veut, il faut l'idée de pôle magnétique. C'est-à-dire qu'un secteur, une maison de santé devienne un pôle magnétique, c'est-à-dire que les gens aient envie de venir y travailler et envie d'y rester. Voilà ça, ça me plaît et ça va avec le territoire. »

¹⁷ Pour conserver l'anonymat, les citations suivantes ne précisent pas le professionnel dont il s'agit.

3.2 Les répercussions au niveau des interactions professionnelles

3.2.1 La perception de la dynamique interprofessionnelle sur le secteur de Levier auparavant

Pour comprendre les répercussions de l'association, il nous semble important de préciser quelle était la dynamique interprofessionnelle préalable à leur regroupement associatif. Cette dynamique générale était perçue comme assez bonne pour la plupart des professionnels. Les interactions entre les professionnels étaient décrites comme étant faciles, mais pas forcément suffisantes.

La **communication** apparaissait comme satisfaisante pour plus de la moitié des personnes interviewées, et ce bien avant l'apparition de l'association. Cependant, un professionnel décrivait des échanges difficiles avec les médecins.

Prof 17 : « Je sais bien que là, on est un peu gâté car tout le monde s'entend bien, autant avec les infirmières que... Bon, on a plus d'atomes crochus avec certains qu'avec d'autres [...]. Il y a vraiment une bonne communication. Il suffit d'annoncer la couleur et on est bien reçu. [...] Autrement il faut quand même reconnaître que sur le secteur on a toujours bien fonctionné, notamment avec les médecins, on a toujours bien fonctionné depuis toujours. »

Prof 14 : «le fait de ne pas assez discuter, c'est vachement... Quand je parle, c'est tout le temps pour dire quelque chose qui ne va pas donc ça me fait passer pour la râleuse de service, celle qui dit toujours que ça va pas, celle qui n'est jamais contente, qui est trop exigeante et c'est difficile d'être dans ce rôle... »

Spontanément, certains ont soulevé la notion de travail en **partenariat** existant depuis plusieurs années entre les acteurs de santé qui étaient amenés à travailler régulièrement ensemble (médecin/infirmier, médecin/kiné, médecin/pharmacien).

Prof 15 : « Avant où je bossais il y a 20 ans, s'il y avait une association comme ça du jour au lendemain, je pense que ça aurait été la révolution, alors que là on travaillait déjà en partenariat. A Levier, il y a une dynamique, c'est pas l'association qui a fait des miracles mais ça aide à mettre un support sur des choses qu'on faisait déjà avant et ce n'est pas ça qui a tout révolutionné. »

De nombreux professionnels évoquaient **une volonté de travailler en équipe** existante depuis au moins une dizaine d'années. Cela était donc révélateur que le développement de la collaboration interprofessionnelle était un processus de construction qui s'inscrivait dans le temps.

Prof 2 : « Finalement je pense que ça fait des années qu'il y a cette envie sur le secteur mais tout le monde n'avait pas encore la même envie je crois... (Rire) voilà chacun avance à son rythme (rire) mais je pense qu'elle est là depuis un moment ... depuis on ne va pas dire 15 ans mais presque[...] A Levier, il y a un dynamisme impressionnant. »

3.2.2 Les répercussions de l'association sur cette dynamique

3.2.2.1 Amélioration de l'interconnaissance entre professionnels

La principale répercussion de l'association, signalée par tous les professionnels interrogés, était **l'amélioration de leur interconnaissance** personnellement et professionnellement. Ceux qui exerçaient seuls de manière autonome (sage-femme, psychologue, ostéopathe, dentiste, podologue) ont également souligné l'intérêt de se rencontrer plus fréquemment.

Prof 2 : « finalement on apprend à connaître l'autre autrement. Je trouve qu'on a tous des préjugés l'un ou l'autre , je trouve que ça permet de voir les gens autrement et puis rencontrer les autres professionnels que je ne connaissais pas finalement sur le secteur ... sage-femme ... je trouve que c'est des moments sympas. »

Prof 12 : « c'est vrai que ça permet aussi de mieux connaître les professionnels avec qui on travaille et puis... Et puis des fois quand tu as une problématique à propos d'un patient, tu peux en parler en direct avec le professionnel, avec le podologue, le psychologue... Il y a un abord qui est plus facile pour parler de tel ou tel patient... Ça enlève un petit peu des barrières... On met des visages, on apprend à se connaître, c'est plus facile après de communiquer et d'échanger sur les patients donc... ça m'a permis de connaître un peu mieux certains professionnels que j'avais pas l'habitude de fréquenter. »

Découvrir les pratiques et les compétences des autres acteurs de santé semblait être une des répercussions les plus importantes de l'association. Cette diversité d'approche permettait de mettre en lumière leur **complémentarité** et de s'enrichir de cela individuellement et collectivement.

prof 8 : « En fait, on se rend compte que voilà, qu'il y a des autres façons de faire et que peut-être, on peut aussi nous dire bah voilà il y a une douleur qui est assez importante et discuter différemment [...]la discussion, c'est vrai que la discussion entre les professionnels, on a un autre point de vue, chacun a son point de vue et ça permet de nous ouvrir sur d'autres choses et de se remettre en question et d'avancer différemment aussi parce que parfois on est dans notre savoir en croyant que c'est bien ; et en fait parfois , il y a d'autres personnes qui sortent des choses et ça permet de se remettre en question et de voir les choses autrement. »

Prof 5 : « je suis loin de connaître tous les champs d'action possible de tous les thérapeutes donc c'est très enrichissant de discuter les uns avec les autres et pouvoir apprendre plein de choses les uns des autres »

Prof 19 : « Et puis j'ai découvert certains métiers dont je n'imaginai pas la complexité. Je racontais l'histoire de l'orthophoniste, j'ai été scotché, je n'avais absolument pas l'idée que l'orthophoniste faisait tout ça donc... Ce n'est pas que je ne respectais pas l'orthophoniste mais voilà maintenant quand je m'adresse à elle, j'ai un vrai partenaire. Ça augmente le respect que j'ai donc je pense que ça change aussi le rapport... »

3.2.2.2 Amélioration de la communication

La communication s'est améliorée grâce à l'association d'après plusieurs professionnels. Des rencontres plus régulières permettaient des échanges plus fréquents, plus constructifs et plus conviviaux. Et en apprenant à se connaître, les barrières pouvant exister entre les différentes professions s'amenuisaient.

Prof 6 : « Je trouve ça plus facile quand on connaît les gens, qu'on a déjà un rapport avec eux en dehors du travail par le biais de cette association. Je trouve que c'est plus facile de les aborder et que c'est un peu plus constructif. Pas juste un coup de fil qui part dans le vent, mais un coup de fil qui est peut-être plus attentif des deux côtés [...] Peut-être qu'il y a un échange un peu plus important quand c'est des gens qu'on connaît et qu'on côtoie régulièrement et une attention un petit peu plus particulière. »

Prof 11 : « Moi ça m'a permis de communiquer plus facilement , un peu moins de barrières en gros ... et puis ça m'a permis d'échanger parfois sur des patients en dehors des courriers qu'on reçoit... »

Prof 7 : « Je suis beaucoup plus décomplexé de parler de plein de choses aux médecins alors que j'aurais pris plus des pincettes avant en disant, bon que tu puisses lui expliquer qu'il s'est peut-être trompé, c'est pas facile (rires). Moi j'ai pas leur niveau d'études, j'ai pas... non mais c'est des barrières que moi je m'étais mis ;[...] Moi je me serais pas permis de dire des choses que j'ai dites aux médecins si on avait pas eu cette association. Ça aurait été vachement plus... Moi, j'aurais pas su comment aborder le sujet. Là de remettre un peu tout le monde entre guillemets, en milieu associatif en tout cas, voilà on est tous contents, on se retrouve machin, on va discuter, ça permet de faire passer des messages beaucoup plus facilement. Il y a pas de protocole, il y a pas de truc à suivre, il y a pas je vais l'agresser dans son cabinet ou lui dire « oh bah c'est pas comme ça qu'il faut faire »... Il y a pas de barrières, il y a pas de hiérarchie quoi, on est tous pareils ; ça c'est, pour moi, le principal point fort de l'association. C'est que la communication est beaucoup plus facile entre professionnels de santé. »

3.2.2.3 Diminution de la hiérarchie

Comme le signalait ce professionnel, l'association a également permis de diminuer la hiérarchie entre les soignants. Et plusieurs professionnels ont confirmé cette constatation. L'amélioration de la communication, le fait que les gens soient à l'écoute les uns des autres et qu'ils soient ouverts à une collaboration interprofessionnelle ont certainement contribué à diminuer ce sentiment. La notion de partenariat a donc pris le dessus sur l'organisation traditionnellement hiérarchisée.

Prof 16 : « Mais je trouve que j'hésite moins à appeler quelqu'un, un médecin... On est tous sur le même pied d'égalité à la réunion, il n'y a plus de médecin, de kiné, d'infirmières, voilà il n'y a pas de... pas de hiérarchie, car on est tous dans le médical... J'hésite moins à prendre mon téléphone et puis demander, c'est plus simple... Voilà le contact... voilà, on est tous ensemble, ce n'est plus le médecin, le machin, c'est : on est tous ensemble. Ça m'a ouvert un peu des portes, peut-être que je me suis senti moins timide pour appeler plus facilement un médecin et je trouve qu'ils sont plus accessibles peut-être... »

Prof 7 : « Mais moi, par rapport aux médecins de Levier, ça a enlevé plein plein plein de barrières. [...] Je me suis senti un peu moins auxiliaire médical et un peu plus au même niveau quoi (rire). Avant j'avais un peu ce sentiment d'infériorité entre guillemets par rapport au monde médical avec un grand M, voilà. Pour moi ça a changé ça, [...] ça n'a pas revalorisé la profession, mais moi je me sens moins.... toujours ce problème de hiérarchie quoi, moins le sous-fifre qui doit faire ce qu'on lui dit de faire et puis qui ne peut pas donner un avis.»

3.2.2.4 Diminution des tensions interprofessionnelles

Grace à l'amélioration de la communication et aux rencontres plus fréquentes, l'association a pu permettre aux professionnels de gérer des potentielles tensions, et ainsi, éviter ou résoudre certains conflits.

Prof 14 : « elle aura peut-être comme grande valeur de me refaire parler avec les autres infirmières de l'autre cabinet, la preuve c'est que c'est déjà commencé, mais c'est particulier, c'est pas ordinaire. »

Prof 4 : « j'ai l'impression qu'il y a une communication entre nous qui est plus fluide... Ça a resserré un petit peu les liens entre les gens... Je vois avec l'infirmière de l'autre cabinet, par exemple, avant on se disait à peine bonjour, maintenant on a une approche différente vis-à-vis d'elle. »

Prof 12 : « Ça permet aussi de, voilà des fois, de dénouer des petits conflits qu'il pourrait y avoir entre professionnels de santé. »

3.2.2.5 Amélioration de la collaboration

Pour certains, la mise en place de l'association a déjà permis d'améliorer leur collaboration : d'une part, ils communiquaient mieux et d'autre part, la reconnaissance de leur complémentarité les conduisait à adresser plus facilement les patients vers d'autres professionnels.

Travail en plus étroite collaboration

Prof 19 : « Moi encore une fois, ça change mon regard, même si je connaissais déjà les gens, je les vois encore différemment. Je pense qu'il y a une amélioration de la collaboration, et qu'il y a un respect, je pense. »

Prof 3 : « On se connaît mieux entre professionnels, ça c'est clair ... Je pense qu'on travaille mieux ensemble, en particulier avec les médecins car on les a régulièrement au téléphone ... après il y a moins de barrières... Moins de barrières entre les professionnels, moins d'a priori »

Prof 17 : « Je pense que ça améliore la prise en charge du patient, c'est un autre concept, on ne regarde plus le patient avec des œillères. Il y a tout le contexte où viennent se greffer d'autres acteurs de la santé, et du coup, on voit plus le patient dans sa globalité qu'auparavant. Oui, ça c'est quelque chose qui apparaît. »

Adresser plus facilement chez un autre professionnel

Prof 10 : « forcément quand on connaît les gens, on a plus facilement tendance à les envoyer voir untel et donc faire du lien. »

Prof 4 : « Peut-être mieux orienter les gens quand ils ont des besoins, par rapport à l'ostéopathe ou la sage-femme ou le kiné... Au quotidien, on se gêne peut-être moins, aussi pour demander des conseils ou des renseignements. »

Prof 5 : « c'est que le patient soit au mieux satisfait par toutes les compétences de chacun. Que chacun pense les uns aux autres en se disant eh ben voilà, moi je peux pas faire ça, par contre je connais quelques personnes qui pourraient plus vous aider dans ce domaine-là... Oui voilà, soulager le patient ... c'est peut-être pas le terme mais... lui apporter les clés, les réponses, les attentes qu'il a, sans forcément qu'il les formule, lui proposer en tous cas... »

3.3 Les autres répercussions de l'association

3.3.1 Par rapport aux patients

Peu de professionnels identifiaient des répercussions directes de l'association sur leur relation avec les patients. Cependant, certains pensaient qu'il existait des bénéfices indirects. En effet, l'amélioration de leur collaboration permettait d'optimiser la prise en charge des patients grâce à une meilleure cohérence dans les soins. De ce fait, le patient gagnait en sécurité et il était également mieux orienté vers les professionnels selon ses besoins. Par ailleurs, il ne se retrouvait plus victime de la potentielle mésentente entre certains professionnels.

Bénéfices indirects du travail en équipe pour le patient

Prof 12 : « Si les patients sentent qu'il y a une équipe médicale et paramédicale soudée, qu'ils dialoguent ensemble enfin qu'il y ait de la cohérence dans les soins... Je pense qu'ils seront beaucoup plus en confiance, donc je pense qu'à moyen terme, ce sera bénéfique pour le patient... »

Prof 4 : « il me semble que les gens ont déjà un ressenti positif... Ils sentent que les gens sont soudés, qu'il y a beaucoup de communication entre nous... ils voient que si il y a un souci, le médecin appelle l'infirmière ou le professionnel en relation avec le problème et puis tout se décante très vite. Les gens sont très contents de la bonne collaboration entre les différents corps de métiers... J'ai l'impression que c'était vraiment déjà le cas avant, ça a peut être renforcé par contre. »

Prof 19 : « En ce sens l'association, enfin le bénéfice patient c'est que si j'améliore ma relation avec l'infirmière, si je la prend comme elle est, et que j'apprends à l'écouter aussi comme elle est et qu'on discute plus ensemble, c'est pas le patient qui prendra, qui sera le jeu de nos conflits d'intérêts, conflits de savoir qui a tort, qui a raison, qui décide etc. Donc je pense que c'est quelque chose de façon indirecte mais je pense que c'est quelque chose de conséquent quand même, parce que si le patient sent autour de lui qu'il y a une équipe qui fonctionne, ça baigne. »

Par ailleurs, les formations au sein de l'association contribuaient aussi à améliorer la prise en charge de certains patients grâce à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Prof 7 : « Ça permet d'apprendre, voilà on a des p'tites choses, on a des p'tites infos qui tombent qui font que « ouais tiens », voilà j'aurai peut-être pas forcément tout à fait la même attitude vis-à-vis de mon patient. »

Prof 6 : « Donc je n'ai pas vraiment changé ma pratique mais ça m'a ouvert l'esprit sur certaines visions des choses... Par rapport aux patients, par rapport à l'approche... Par exemple, sur la réunion sur la douleur, je trouve ça intéressant car ça me permet de ne pas garder seulement mon approche, ce que je vois moi de la douleur, je veux dire ce que je peux en imaginer. C'est bien aussi d'avoir l'esprit plus ouvert et d'avoir l'approche de plusieurs personnes et se dire qu'on ne détient pas forcément la vérité sur un sujet. En tout cas, on se pose la question et puis ça permet peut-être d'être un peu plus attentif plus ouvert à ce que peuvent-nous dire les patients. »

Enfin, l'association permettait de mieux appréhender certains patients « difficiles ou manipulateurs » grâce à l'amélioration de la communication entre les professionnels.

Prof 14 : « il y a des gens qui en profitent un petit peu, des gens qui râlent après le médecin, après nous. On ne sait pas, on n'a pas de retour. On pourrait en avoir un peu plus des retours, entre nous... un petit peu plus. Ça ferait même du bien parce que des fois, on arrive à se demander si on est tout seul à se poser la question, si on a des difficultés avec quelqu'un, on se demande s'il est difficile avec tout le monde ou si c'est juste avec nous. L'autre jour un médecin m'a dit pour la première fois en 30 ans « Oh lala, celui-là... ». Donc moi j'ai pu aussi dire « oui, il faut voir comme ce patient a renvoyé mes remplaçantes... ». Donc j'ai pu comprendre qu'en fin de compte ce n'était pas que avec nous, c'était aussi avec le médecin .Et puis, c'est bien aussi de savoir qu'un médecin peut éprouver des difficultés avec un patient malgré son grand cœur, sa bienveillance donc ça fait du bien, on partage. »

Prof 19 : « Sachant que quelques patients peuvent être ... de façon consciente ou inconsciente, manipulateurs de soignants mais ça, ça fait partie des choses qui vont tomber beaucoup plus facilement si on se connaît bien. »

3.3.2 Au niveau des pratiques professionnelles

Bien que les pratiques quotidiennes de l'ensemble des acteurs de santé s'étaient peu modifiées, l'étude a révélé que, pour les professionnels récemment installés, l'association leur avait permis de constituer plus rapidement un réseau de soins informel.

Prof 5 : (l'association m'a permis) « d'avoir un vrai réseau. Parce que, quand je travaillais avant en remplacement, du fait d'être dans un endroit un mois et puis dans un autre, on n'a pas ce réseau-là. On ne peut pas envoyer des gens pour ... par exemple je vois qu'il y a un problème postural, on envoie chez un podologue... Et puis quand on n'a pas un petit réseau, qu'on connaît pas ... et pas savoir avec quel praticien, on peut travailler voilà ... C'est intéressant de pouvoir diriger les patients vers des bons thérapeutes... »

Certains soulignaient quand même des changements notables dans leurs pratiques notamment l'instauration de consultation couplée entre médecin et infirmière.

Prof 19 : « Je faisais déjà un peu comme ça avant mais par exemple sur des plaies chroniques, j'ai institué des consultations couplées. Voilà maintenant quand je vois une plaie, enfin je ne vois pas une plaie chronique sans infirmière, au domicile ou au cabinet enfin peu importe. Mais c'est un domaine pour lequel je ne me vois pas faire ça tout seul dans mon coin, donc ça, pour moi, c'est quasi institué. »

D'autres professionnels ont précisé que leur pratique avait changé suite aux connaissances qu'ils avaient acquises lors des formations. Ces changements étaient individuels mais aussi collectifs car le fait de se former ensemble leur permettait d'avoir un discours commun auprès des patients.

Prof 12 : « Oui je pense, suite à quelques intervenants qui sont venus nous parler de sujets X ou Y donc oui... Oui, on a eu par exemple une orthophoniste qui est intervenue, qui nous a appris des choses que moi je ne connaissais pas du tout donc maintenant je prescris de l'orthophonie un petit peu différemment... Oui, oui il y a eu quelques changements dans ma pratique [...] Oui, je trouve que ça remet de la dynamique dans notre mode d'exercice... enfin pour moi, ça remet un peu de dynamique... Ça nous aide aussi à nous remettre en question, à remettre en question nos pratiques, ne pas toujours travailler tout seul et voir comment d'autres praticiens font donc oui... »

Prof 15 : « Des infos, des informations par rapport à des pathologies, des connaissances que je n'avais pas, par rapport à des professions comme la sage-femme, il y avait l'orthophoniste avant mais elle n'est plus là. Donc voilà, c'est des professions que je ne connaissais pas plus que ça, donc ça m'a permis de connaître un petit peu mieux les professions de chacun après... D'avoir des connaissances... »

3.3.3 Par rapport à la conception du métier

Peu de professionnels ont remarqué un changement dans la façon dont ils concevaient leur profession. Personne ne l'a évoqué spontanément mais lors d'une question de relance, certains ont exprimé un renforcement de leur idéal de pluridisciplinarité et d'autres ont soulevé l'apparition du **sentiment d'appartenance à une équipe** de soignants, fait qu'ils n'envisageaient pas forcément avant l'association.

Prof 15 : « J'en étais déjà convaincu avant de cet intérêt, donc ça n'a pas changé la façon de concevoir mon travail. Ça l'a renforcée, on va dire, car j'étais déjà convaincu que c'était le travail en pluridisciplinarité qui était beaucoup plus efficace donc voilà ça n'a pas changé ma conception mais ça la confortée mais pas changée. »

Prof 3 : « je pense qu'on n'est plus des pharmaciens qui nous contentons de délivrer une ordonnance et point barre. Quand il y a un problème, on contacte le professionnel etc... ça rejoint ce que je disais tout à l'heure il y a moins de barrières, on n'hésite pas à appeler le médecin pour faire part de nos remarques ou quand il y a un problème sur l'ordonnance... »

Prof 11 : « Je dirais bien plus d'ouverture. Ça fait que conforter mon opinion, en fait l'association... Qu'on bosse tous ensemble, voilà je suis déjà assez ouvert à la base donc ça m'a conforté... oui que le médecin fait partie d'une équipe soignante, bien sûr c'est lui qui prescrit mais il y en a d'autres aussi qui prescrivent les sages-femmes par exemple, les dentistes aussi... »

Un professionnel a précisé que de par sa profession, il était intéressant, mais difficile, de faire partie d'une équipe.

Prof 10 : « Alors là c'est pas évident parce que c'est pas forcément... inné de partager ses savoirs et de parler de sa pratique surtout dans mon métier... Je pense qu'il faut faire attention à ce qu'on... Enfin pour ma part... À ce qu'on y amène de nos patients dans l'interdisciplinarité. Il faut faire attention à ça... Et oui, c'est pas forcément facile, parce que les patients qui viennent travailler ici, ils n'ont pas forcément le désir que leur généraliste soit au courant donc il faut trier quoi... Les richesses que ça peut m'apporter ou les autres points de vue, c'est avant tout pour moi. Après, ça se ressentira peut-être dans ma pratique mais pas de manière directe... »

3.4 Leurs attentes pour l'avenir de l'association

Les attentes des professionnels étaient variées, elles concernaient l'organisation des réunions, la dynamique de la future maison de santé, la délégation de tâches, l'éducation thérapeutique, le développement professionnel continu et les liens de l'association avec l'extérieur.

3.4.1 L'organisation des réunions de l'association

La majorité des professionnels interrogés était satisfaite de l'organisation actuelle des réunions de l'association. Autant la fréquence que le contenu semblaient leur convenir ; même si certains souhaitaient des réunions plus régulières ou sur le temps de midi, et d'autres désiraient que des thèmes un peu plus technico-pratiques soient abordés. Beaucoup ont signalé qu'ils souhaitaient que ça continue même après la mise en fonctionnement de la maison de santé pluridisciplinaire.

Cependant, la mise en place d'un temps pour parler de certains patients en situation complexe a été évoquée par plus de la moitié des personnes interrogées. Pour eux, le fait de discuter de ces patients au sein de l'association pouvait apporter un regard plus global sur une situation et donc permettre d'adapter la prise en charge.

Prof 16 : « Si on a un cas difficile, un patient difficile pourquoi ne pas en parler dans l'association avec les professionnels de santé. On est tous sous le sceau du secret médical là-bas, donc parfois ça peut l'occasion de dire « tiens , il y a M. untel, tu en penses quoi ». Enfin d'échanger à plusieurs professionnels de santé sur un même patient parfois.[...] Enfin voilà, je pense que les choses pourraient aller parfois un peu plus vite pour certains patients si on était plus en accord... »

Prof 11 : « Ça peut être des petites choses comme échanger sur certaines situations difficiles, l'occasion de se voir tous ensemble en même temps plutôt que de se téléphoner en deux minutes [...] Je trouve que ça va bien, le petit côté théorique et puis le côté échange sur un éclairage. Ce qui serait bien, ce serait qu'on arrive à davantage discuter de situations, c'est aussi dans nos projets, c'est pas forcément évident... Ça dépend des professionnels qui sont là. Mais ça pourrait totalement se faire, en trois parties au lieu de deux... »

Et certains ont même précisé qu'il serait intéressant d'inviter le patient.

Prof 18 : « Oui s'il y avait plus de concret et plus sur le terrain, parler plus de cas un petit peu plus pratique par rapport à un patient, oui c'est le seul truc qui puisse motiver... Soit au lit du malade ou même en présence du malade [...] On a tellement peu de temps, je crois que si on le prend ensemble, ça doit être dans l'intérêt direct d'un patient »

3.4.2 La dynamique de la maison de santé

La dynamique interprofessionnelle au sein de la future maison de santé a été abordée spontanément par l'ensemble des professionnels. Si certains présentaient de vraies interrogations quant à l'avenir de l'association lorsque la maison de santé serait en place ; d'autres pensaient que grâce à l'association et au fait d'être regroupé dans une même structure, la collaboration interprofessionnelle pourrait s'amplifier.

Prof 19 : « Et puis, l'autre idée compliquée, c'est qu'il faut transformer l'essai dans la durée et ça c'est... Ça, c'est à construire. Donc je pense que l'essai est... La dynamique est là. Après il va y avoir la maison de santé en face qui soit peut attiser des contrariétés, tensions, de ceux qui y sont, de ceux qui n'y sont pas, de ceux qui auraient voulu ceci ou cela. Donc, il va falloir déjà faire reprendre la mayonnaise. Faire travailler les gens ensemble autrement et au-delà de leur activité individuelle, pour que la mayonnaise prenne et qu'effectivement il y ait une dynamique propre et un effet magnétique. Ça me paraît important pour l'avenir, pour nos successeurs, pour l'avenir d'un territoire etc...»

Prof 18 : « Tout ce qui peut nous arriver de bien en plus, c'est vraiment en étant ensemble plus proche. Enfin le fait d'aller dans la maison de santé, même si on est dans des étages différents, ça va faire sauter les murs. »

Prof 15 : « Je pense à la maison médicale, c'est pas forcément l'association qui a fait aboutir le projet mais oui... Si, je pense que grâce à l'association, la maison médicale va voir le jour, donc ça va encore plus nous permettre de travailler en collaboration. Parce que déjà on sera tous regroupés, enfin nous ce n'est pas encore sûr, mais les professionnels seront vraiment tous centrés sur un même endroit et je pense que ça peut beaucoup aider ça, pour le travail en équipe... »

Ce renforcement de collaboration était envisagé comme le prolongement de leur amélioration de communication, de leur partage de locaux communs mais aussi du fait de pouvoir développer des outils communs et de la coordination.

Prof 13 : « C'est vrai que le fait d'avoir cette maison de santé, ce pied-à-terre au centre de Levier, on va plus se rencontrer, on va se croiser dans les couloirs. Quelque part ce sera plus facile de parler de petites choses plutôt que de se voir tous les deux mois par exemple en réunion. »

Prof 2 : « Il y a des petites choses qui manquent, comme ce que je disais tout à l'heure, des outils pour pouvoir communiquer... Sans être toujours obligé de déranger le médecin pour des petites choses... Pouvoir envoyer un mail... enfin des outils qui servent dans la non-urgence en fait ces choses-là. »

Prof 6 : « améliorer les moyens de communication : informatique, éventuellement mettre une page ou un site sur lequel on puisse avoir tous accès, chacun avec un code et puis pouvoir mettre des infos, qu'on partage des infos qui nous concernent tous quoi... ça peut être intéressant. »

Prof 19 : « Et puis sur le terrain de façon très précise, c'est des histoires de coordination, de la coordination, [...] des choses autres comme le risque médicamenteux qui peuvent être intéressant. Je pense qu'il y a de vrais partenariats à développer avec les pharmaciens. »

Deux professionnels ont précisé qu'ils souhaitaient que la maison de santé puisse favoriser le développement de partenariat avec d'autres acteurs de santé extérieurs à l'association (vacation/télé médecine).

Prof 6 : « Après, c'est intéressant pour l'interdisciplinarité, d'avoir un lieu comme ça, central, où on peut faire venir des gens justement ... des gens extérieurs qui ne sont pas sur le site. Donc, ça c'est le côté positif de la maison de santé mais sans quoi les gens qui travaillent déjà sur le secteur, je sais pas si ça change vraiment la donne justement. [...] Par contre pour faire venir des gens de l'extérieur, je trouve ça vraiment super. C'est quelque chose que j'espère vraiment. Par exemple pour pouvoir faire venir un neurologue une fois par semaine ou une fois par mois ou un dermatologue ... si ça pouvait se faire pour faire vivre... Pour donner accès aux soins au monde rural, ça serait fantastique, si ça arrive à se faire ... »

Prof 9 : « Après on aura peut-être la possibilité de ... c'est d'avoir quand-même des spécialistes, accès aux spécialistes, par la télé médecine ou autre, tu vois aussi ça, ça peut être bien. »

Et des propositions innovantes à mettre en place au sein de la maison de santé, étaient déjà en train de germer chez certains professionnels, toujours dans un même but d'amélioration de la prise en charge globale des patients.

Prof 13 : « On pourrait peut-être aussi apprendre aux gens à sentir ce qu'il se passe en eux. Je trouve que les patients ne se connaissent pas assez, ne connaissent pas leur corps. Ce serait intéressant qu'ils apprennent vraiment à sentir ce qui se passe en eux... que les professionnels se rencontrent pour voir comment mettre ça en place et on pourrait faire des petits groupes de patients pour leur apprendre à se connaître, ce serait intéressant.... »

Prof 19 : « Et puis il y a d'autres champs, [...] on va beaucoup maintenant dans les idées de pleine conscience, de méditation, de la méditation en pleine conscience ou des choses comme ça. Moi je me dis, tiens on va avoir une grande salle là-haut (dans la future maison de santé), on fait ça une fois par semaine. Alors il faut que je trouve quelqu'un car c'est pas moi qui vais faire ça. Mais là, notre association ça peut permettre ça, ça peut être un champ ouvert sur tout un tas de trucs. [...] Donc je me dis que ça peut être des champs d'expérimentation assez intéressants. »

3.4.3 La délégation de tâches

Concernant l'avenir de l'association, seulement deux professionnels ont évoqué spontanément la délégation de tâches entre médecins et infirmiers. Ils l'envisageaient comme une action qui leur permettrait de gagner en qualité de vie professionnelle, de revaloriser certaines professions et que le patient gagne en sécurité.

Prof 19 : « C'est qu'elle [l'association] puisse quand même après fonctionner... Avoir une déclinaison sur le terrain, une déclinaison dynamique de soin sur le terrain [...] Je pensais au niveau des protocoles ou de façon plus pratique, dans un certain nombre de domaine, de délégation, peut-être des délégations avec les infirmières. Après il faut voir comment. Enfin je vois un truc comme les AVK¹⁸ [...] Typiquement les AVK, c'est vraiment un sujet de collaboration, qui peut soulager enfin... J'ai pas trop parlé de ça, mais ça peut-être aussi un soulagement de soins dans la délégation de soins. [...]. Sur cette histoire d'AVK, je pense que je suis un peu rigoriste, il suffit simplement qu'on se mette bien d'accord, qu'on mette en place des protocoles ensemble [...]. Donc le patient gagne de la sécurité, le soignants sont valorisés dans leur rôle, le médecin est soulagé éventuellement, tout ça en sécurité si c'est protocolisé. C'est le genre de déclinaison très pratique que j'aimerais pouvoir faire sur les incidents iatrogènes, sur les retours d'hospitalisation, enfin sur des choses comme ça. »

Prof 9 : « Moi j'ai envie d'un bon équilibre entre mon exercice et puis ma vie personnelle [...] donc le fait qu'on puisse déjà avoir une maison médicale où il y ait des infirmières en haut, je pense qu'on pourra déléguer. Je suis quand-même aussi pour la délégation, tu vois, pour pouvoir travailler peut-être plus en lien avec les autres professionnels de santé, faire appel à eux si ils sont dans le même bâtiment. »

¹⁸ AVK = Antivitamine K = médicament anticoagulant

Néanmoins, lors d'une question de relance portant sur leur avis concernant les protocoles de délégation des soins, nous avons constaté que plus de la moitié des professionnels (n=10) avaient un avis positif sur ce genre de pratique. Par contre, ils soulignaient la nécessité de clarifier les rôles et responsabilités de chacun.

Prof 15 : (à propos de la gestion des AVK par les infirmières) « c'est vrai qu'il faut que ce soit bien cadré, il faut que ce soient des protocoles signés. C'est important parce que le jour où il y a un problème..., il faut qu'il y ait un protocole. Donc c'est pour ça, pour l'instant, quand il y a le moindre doute, on appelle, ça va, on est bien reçu... »

Prof 4 : « Après si c'est bien défini et que... Qu'il y a une bonne coordination et explication au départ, je pense que ça peut être très intéressant... C'est une autre dimension du soin qui est à mon avis très intéressante à mettre en place [...]Oui aussi, ce serait enrichissant pour nous. Je pense que tout le monde y trouverait a priori son compte. Il y a eu des expériences dans d'autres régions, et a priori tout le monde est satisfait, les retours sont en général assez positifs...Je pense que ça permettrait à chacun d'évoluer dans sa pratique quotidienne, ça peut être que positif. On n'a pas toutes le même avis sur le sujet, mais moi je suis enthousiaste. De toute façon, plus on travaille ensemble, plus c'est facile. »

D'autres professionnels ont exprimé des peurs concernant la délégation des soins : peur d'une inaptitude des professionnels à qui on délègue et peur d'un partage des responsabilités flou.

Prof 14 : « Après, il faut avoir du temps, je ne suis pas contre. Mais j'ai un peu peur qu'il y ait des infirmières qui ne soient pas assez compétentes et qui disent oui parce qu'elles cherchent du boulot absolument. Donc c'est pas trop bien. Vous savez, il y a des médecins légers, des infirmières légères, dans toutes les professions, il faut bien savoir qu'il y en a certains qui n'ont pas trop de conscience professionnelle, ou qui font erreur par ignorance, il y en a quand même. Alors par contre pour les AVK, oui »

Prof 18 : « Oui pour ça (gestion des AVK par infirmière), oui... par exemple, moi il y a une infirmière, elle gère les AVK toute seule. Donc pour ses patients, c'est elle qui gère, les patients ne m'appellent pas et elle me rappelle si il y a un gros problème mais c'est vrai que dans ce cadre-là, oui ... Après tout le reste, si je ne contrôle pas, si ce n'est pas moi qui ai fait, après je suis un hyper anxieux donc je veux être bien sûr que ce soit fait... [...] donc déléguer oui, mais après si je ne m'en occupe pas. Moi je ne veux pas être obligé de contrôler ni surveiller, ni être responsable d'ailleurs. Donc oui après les gens font, qu'ils en fassent encore plus car il y a plein de choses qu'on peut faire faire mais après qu'on ne soit pas responsable, qu'on n'ait pas à surveiller derrière. »

3.4.4 L'éducation thérapeutique du patient

Le développement de l'éducation thérapeutique était également une attente de certains professionnels de santé. Il était intéressant de constater que seuls les 4 professionnels de santé formés en éducation thérapeutique ont spontanément évoqué la mise en place de ce type de prise en charge sur le secteur et le lien qu'il existait entre l'association et l'éducation thérapeutique.

Suite à une question de relance, nous avons pu noter la diversité des représentations de l'éducation thérapeutique. Les personnes formées en éducation thérapeutique parlaient d'approche centrée patient, d'autres professionnels non formés estimaient en faire de manière non formalisée et certains l'assimilaient à de l'information et à des conseils donnés à des patients. La plupart des acteurs de santé s'accordaient pour dire que c'était une approche intéressante. Mais trois professionnels émettaient des doutes sur son utilité pour les patients ou bien sur la pérennité de ce genre d'approche.

Prof 11 : « Alors l'éducation thérapeutique, qu'est-ce que c'est ? Déjà, est-ce qu'il y a une éducation thérapeutique ou il y en a plusieurs types ? Est-ce que c'est valable pour tous les patients ?... En fait, on s'adapte à chaque fois, en fonction du patient, de ce qu'il peut mettre en place etc. etc. en fonction de ce qu'il en pense. Pour moi d'une manière globale, c'est un sujet très à la mode à l'heure actuelle, oui je pense que c'est positif car le patient est partie prenante de son suivi, et un intervenant à part entière [...] C'est bien qu'il soit acteur, en plus ça évite je pense une surmédication quand on leur dit certaines choses et qu'ils les appliquent voilà je pense... L'hypertendu, s'il n'a pas compris qu'il ne fallait pas manger salé... Et puis justement, si on travaille dans ce sens-là et qu'il en voit les bénéfices... »

Prof 9 : « c'est drôlement bien, moi je, j'arrête pas d'en faire. Alors après peut-être que j'éprouve pas le besoin de faire partie d'une association, de formaliser les choses, tu vois. Je suis tout à fait réceptif à ce que des gens qui en font viennent nous parler un petit peu pour améliorer peut-être notre manière aussi de parler d'éducation thérapeutique. Mais je me sens bien dans mon coin (rires). C'est pas mon truc de faire partie d'un..., d'organiser des séances, des choses comme ça. »

Prof 19 : « Et puis après il y a le champ d'éducation thérapeutique qui est un champ un peu... qu'on pourrait encore amener, qui est un champ vaste... Alors on va attaquer le problème un petit peu comme ça sur l'association, puisque C'est compliqué la notion d'éducation thérapeutique parce que ça nécessite au moins quelques séances entre les gens pour qu'ils définissent le terme d'éducation, chacun ayant son schéma éducatif propre avec ses gosses, donc je sais que là, ça va déjà donner des choses assez différentes. Donc il faut qu'on reprenne ça et puis qu'on aille peut-être vers de l'éducation centrée patient mais alors là, il faut les moyens. On peut aller là-bas après il faut nous donner les moyens, on n'est plus dans le même registre, on est dans d'autres types de choses. Mais pourquoi pas, après il y a un vrai travail de formation entre nous. Et là, il y a un plus aussi, ça c'est très clair. Ce n'est pas très loin de la santé publique dans ce que ça a d'autonomisation du patient. »

Par ailleurs, le potentiel lien entre l'éducation thérapeutique et l'association a été exploré lors des entretiens. Pour certains ce lien était évident. Comme nous l'avons vu précédemment, l'association favorisait la collaboration interprofessionnelle et donc le partenariat entre les différents intervenants. La mise en place de sessions d'Education thérapeutique nécessite une bonne communication, coordination et partenariat entre les différents intervenants. En ce sens, l'association pouvait favoriser indirectement la mise en place de type de prise en charge.

De plus, suite aux connaissances communes acquises au sein de l'association, les professionnels de santé pouvaient développer un discours commun, ce qui représentait un des éléments fondamentaux pour rentrer dans une démarche d'éducation thérapeutique collective.

L'association visait également à replacer le patient au centre des soins, et en ce sens, l'éducation thérapeutique pouvait apparaître comme un outil pour permettre au patient d'être l'acteur principal de sa prise en charge.

Prof 12 : « J'en vois un (lien) dans la mesure où nous dans l'association, il y a une interdisciplinarité et au centre de cette interdisciplinarité, c'est quand même le patient. Et je trouve que c'est bien que le patient soit acteur dans les soins et... donc pour ça, c'est aussi intéressant d'échanger avec le patient, de l'éduquer, enfin je n'aime pas trop ce terme, d'échanger avec le patient enfin essayer de comprendre là où il est... Que le soignant et le soigné se mettent un petit peu au même niveau pour... Pour que le patient adhère mieux à ses soins, à son traitement, à comprendre sa pathologie. Donc oui, en fait l'éducation thérapeutique, elle est centrale dans l'association... parce que je pense que l'éducation thérapeutique, elle concerne tous les professionnels de santé [...] Après, on n'est pas tous formés à l'éducation thérapeutique et c'est bien dommage... »

Prof 6 : « Donc c'est vrai que ça va permettre de coordonner un petit peu les propos qu'on tient tous les uns, les autres par rapport au patient. Et du coup que les patients se sentent un petit peu moins perdus dans la recherche de leur amélioration. Je pense que l'association va apporter au niveau d'éducation thérapeutique quand même quelque chose d'important. »

Prof 17 : « Je pense que grâce à l'apport de chaque praticien, de chaque acteur de santé dans son propre domaine, il peut laisser entrevoir aux autres, ce qui est bon d'aborder avec des patients dans tous les domaines. Essayer d'améliorer cette action vis-à-vis des patients. Que les patients comprennent un petit peu mieux ce qu'on leur fait, comment on suit un traitement [...] Donc ça, l'éducation thérapeutique ça apporte quelque chose. Il y a beaucoup à faire. »

Par rapport à l'avenir de la maison de santé, certains ont précisé clairement qu'ils souhaitaient que l'éducation thérapeutique se développe plus concrètement en son sein. Mais la problématique du temps a tout de suite été associée à cette envie. Les professionnels précisaient que c'était une approche qui nécessitait de la formation et du temps, elle pouvait donc être difficile à mettre en œuvre.

Prof 8 : « c'est vrai que j'ai fait la formation gentiane, j'ai fait de l'éducation thérapeutique avec un des médecins, c'est très intéressant après c'est très prenant et bah du coup, on a du faire 2 ou 3 sessions et on n'a pas repris, on a arrêté. Enfin, il aurait voulu qu'on en refasse une là, cette année, début d'année ou fin d'année dernière et on n'a pas relancé. C'est vrai qu'on a déjà notre travail ici et on n'a pas relancé le truc. Après est-ce que ce sera plus facile dans une maison médicale, je sais pas [...]donc on va attendre mais bon le but, c'est de faire plus d'éducation thérapeutique, de choses comme ça oui. »

3.4.5 La Formation commune et le Développement Professionnel Continu

Les bénéfices d'une formation commune ont déjà été évoqués à plusieurs reprises. Elle permettait notamment aux professionnels d'avoir une base de connaissances communes et de pouvoir avoir un discours commun auprès des patients. Mais la formation commune, dans le sens acquisition de connaissances communes, peut être difficile à mettre en place. En effet, les professionnels ont des cursus scolaires très différents et cloisonnés, ils utilisent également un jargon spécifique à leurs professions. Des difficultés de compréhension peuvent donc apparaître lors de formation interdisciplinaire.

Un des professionnels interrogés a spontanément évoqué le fait que l'association puisse évoluer vers du développement professionnel continu¹⁹.

Prof 1 : « si j'ai bien compris, je croyais pas qu'on pouvait le faire mais un des médecins parlait de possibilité de formation de chose comme ça mais en tant que réelle formation. Ça veut pas dire que le reste n'est pas de la formation, mais c'est disons de la mise à niveau, de la découverte... Mais là, il parlait de réelles formations avec des organismes de formation. Ça, je ne l'avais pas envisagé sous cette forme là mais peut-être dans ces domaines là il peut y avoir des choses intéressantes. »

Il nous a donc semblé pertinent d'explorer ce que les professionnels de santé pensaient du développement professionnel continu en interdisciplinaire.

Les professionnels qui n'étaient pas soumis à l'obligation, ne connaissaient pas ou peu le fonctionnement du DPC. Après quelques informations, ils semblaient trouver l'idée de formation sur un mode pluridisciplinaire intéressante. Par contre, les professionnels de santé concernés par le DPC avaient des avis mitigés. Certains professionnels ont mis en avant qu'ils y trouveraient un intérêt limité car ils désiraient se former essentiellement dans leur domaine de compétences et donc dans une logique disciplinaire et non interdisciplinaire.

Prof 11 : « C'est positif dans le domaine médical, de toute façon c'est obligatoire parce que ça évolue très rapidement... Après intégrer d'autres disciplines paramédicales, oui pourquoi pas... Je pense qu'on a beaucoup à apprendre parce que.... on est amené à prescrire des choses qu'on n'a pas étudié en fait [...] Après c'est pas évident, il y a déjà tellement à faire dans le domaine médical avec toutes les recommandations, les bonnes pratiques qui évoluent tout le temps »

¹⁹ le développement professionnel continu est le modèle de formation continue instauré en France depuis janvier 2013. Il associe apport de connaissances et évaluation de pratiques professionnelles

Prof 17 : « Oui ça apporte quelque chose au niveau de notre formation continue, c'est tout à fait... Ça apporte une pierre à l'édifice, ça c'est sûr. Après le reste, tout ce qui est plus spécifique, chacun se renvoie vers ces pairs et les dépositaires de la science actuelle pour s'améliorer, mais autrement je pense que le fait de l'interdisciplinarité, ça nous fait avancer, ça fait avancer les choses dans ce domaine-là. »

Pour le président de l'association, celle-ci ne pouvait pas, à l'heure actuelle, évoluer vers du DPC en commun pour plusieurs raisons :

«Le DPC, c'est un autre problème, ça nécessite une structure, passer par mon DPC.com, que les gens soient affiliés etc... Donc l'association en tant que telle, elle n'est pas, elle ne peut pas être reconnue institutionnellement comme du DPC, c'est là qu'est le problème. Donc on est passé par la FML, donc du coup pour l'instant il y a 2 associations : les médecins d'un côté, l'association de Levier de l'autre. Mais si je fusionne tout ça, ça va faire trop de monde donc soit il faudra rogner... Moi je pense faire un peu de mix tout doucement. Dans mon idée, j'aimerais que sur une association de FMC de départ, en fonction des sujets, on y instillerait un peu d'interdisciplinarité [...] On ne peut pas fusionner les deux associations mais on peut mettre des passerelles entre les deux »

3.4.6 Les liens de l'association avec l'extérieur

Solution locale dans un contexte plus global

Pour un des professionnels, celle-ci pourrait à l'avenir devenir un partenaire institutionnel d'autres organisations (ARS, lycée) pour développer des projets de santé publique.

Prof 19 : (l'association) « C'est un espace d'échange, c'est un espace de respiration pour ce qui est des problématiques de santé voilà [...] Mais il y a une dimension de santé publique qui pourrait être intéressante. Tu vois, je pense par exemple à des actions d'éducation, il y a un lycée agricole. Ça peut aussi être un partenaire institutionnel d'autres institutions, les institutions sanitaires et sociales, les établissements d'enseignement, on peut imaginer des choses voilà... J'ai discuté avec un des profs du lycée, il y a des trucs à faire avec ses élèves. [...]Et puis d'autre part, en termes de santé publique, je pense que ça, ça peut être intéressant pour des actions de santé publique, de prévention de toutes ces choses... Pourquoi pas, ça peut devenir un partenaire de santé publique d'un territoire donné.[...] Tout ça se vit sur un micro territoire donc les choses sont assez faciles. »

Le développement de liens avec des personnes extérieures représentait également une des attentes des professionnels, que ce soit avec des réseaux, des professionnels de l'hôpital local le plus proche ou bien d'autres thérapeutes.

Prof 3 : « Oui j'aimerais qu'on fasse partie d'un réseau ... avec les professionnels du coin ... genre ce qui se fait sur le diabète [en éducation thérapeutique] mais sur d'autres pathologies également ... ça me plairait bien. »

Prof 15 : « Et puis le fait de rencontrer des personnes ou bien ne serait-ce que des réseaux par exemple soins palliatifs ou... [...] Comme là, le centre antidouleur je ne le connaissais pas, il y en a un à Pontarlier que je ne connaissais pas du tout, je connaissais que le nom. Et peut-être effectivement, c'est bien de rencontrer une fois les gens avec qui on travaille par téléphone régulièrement....»

Prof 12 : « Après si on pouvait encore élargir plus, ce serait encore mieux... à d'autres professionnels... Des art-thérapeutes... Il se développe aussi plein de médecines parallèles : les kinésologues, les sophrologues... ce serait bien aussi de pouvoir échanger avec d'autres formes de médecine, d'autres professionnels de santé, d'autres acteurs... Élargir encore un peu plus... Oui, de toute façon, les patients ils vont voir aussi les magnétiseurs, les kinésologues, tout ça, donc ce serait intéressant de savoir ce qu'ils font et qu'on comprenne... Enfin voilà il n'y a pas non plus que ces formes de médecines parallèles, il y a les spécialistes aussi. Si on pouvait échanger un peu plus avec les spécialistes, ce serait pas mal aussi.»

Un professionnel a suggéré l'idée de mettre en place des associations similaires dans d'autres territoires. Il pensait que d'une part cela pourrait aider les professionnels de santé du secteur donné, et d'autre part des interconnexions entre ces différentes associations pourraient s'établir.

Prof 7 : « que [des associations similaires] ce soit un peu plus répandu quoi, à mon avis. [Répandu, à quel niveau ?] Euh, déjà dans les villes et qu'après il y ait une interconnexion entre association. Parce que là, nous ça se fait au niveau de Levier, alors chacun a des contacts, on fait venir des gens de Besançon, des gens parce que untel ou untel les connaît. Mais si il y avait plus d'assoc' comme celle-là, qu'il y avait éventuellement des échanges entre association, ça mettrait la vitesse au-dessus par rapport à des envies des uns ou des autres quoi ».

3.5 Synthèse des répercussions de l'association

Ainsi, de nombreux éléments ont pu être mis en lumière par les professionnels de santé. Les professionnels attendaient de l'association qu'elle leur permette d'améliorer leurs connaissances des autres acteurs de santé, de pouvoir se former de manière conjointe et ainsi d'améliorer leurs pratiques ; tout ceci, en essayant de développer une approche centrée sur le patient. Cette démarche s'inscrivait dans un territoire rural bien délimité et la création d'une dynamique collaborative dans leur maison de santé pluridisciplinaire était, pour eux, un des objectifs principaux de l'association.

L'association a déjà engendré des changements dans différents domaines :

- Amélioration quantitative et qualitative de la communication,
- Amélioration de l'interconnaissance personnelle et professionnelle (pratique, compétences, organisation de travail...),
- Apparition ou renforcement du sentiment d'appartenance à une équipe qui implique la notion de partenariat,
- Diminution de la hiérarchie et des potentielles tensions interprofessionnelles.

Tous ces éléments les ont conduits à mieux collaborer. Les bénéfices pour le patient étaient envisagés mais de manière indirecte. Ils étaient décrits comme secondaires à l'amélioration de leur communication et à l'acquisition de connaissances communes. Mais quelques initiatives interdisciplinaires étaient déjà mises en œuvre (consultation couplée médecin-IDE pour les plaies chroniques).

Concernant leurs attentes pour l'avenir de l'association, elles étaient nombreuses:

- Tous désiraient que les réunions de l'association se poursuivent suivant la même organisation, ou qu'elles soient plus fréquentes. Mais plusieurs professionnels ont également ajouté le souhait de faire des réunions spécifiques pour certains patients en situation complexe qui nécessitaient une meilleure coordination entre les soignants.
- La future maison de santé entraînait de nombreuses interrogations, notamment sur la dynamique interprofessionnelle qui s'en dégagerait. Si l'envie de développer plus concrètement leur travail en équipe semblait être présente chez chacun d'eux, des peurs ont été exprimées. La nécessité de coordonner les actions et de développer des outils communs a également été évoquée.
- La délégation de tâches entre médecin et infirmier apparaissait comme une action intéressante à mettre en œuvre si les rôles et les responsabilités de chacun étaient bien définis au sein d'un protocole.
- Concernant l'éducation thérapeutique du patient, on a remarqué que ses représentations étaient diverses. Les professionnels formés désiraient qu'elle se mette en place concrètement au sein de la maison de santé alors que ceux qui n'étaient pas formés ont peu exprimé le désir d'une formation spécifique ni de formalisation de ce type de prise en charge.
- Même si certains le souhaitaient, l'association ne rentrait pas dans le cadre du Développement Professionnel Continu. Néanmoins, la formation continue sur un mode interdisciplinaire a été reconnue comme intéressante mais de nombreux freins ont été évoqués, notamment le désir de formation spécifique à leur profession.
- Plusieurs professionnels souhaitaient développer des liens avec l'extérieur, comme avec des médecins spécialistes (télémédecine, vacations), avec des institutions sanitaires et sociales (ARS), avec le lycée, ou encore avec d'autres méthodes appartenant aux médecines alternatives.

QUATRIÈME PARTIE :

DISCUSSION

Notre étude visait à explorer les représentations de l'interdisciplinarité par les professionnels de santé du secteur de Levier, ainsi qu'à décrire les répercussions de leur association. Celle-ci, fonctionnant sur un principe de formation interprofessionnelle continue, constitue une initiative intéressante pour le développement de la collaboration interprofessionnelle sur un secteur. Nos résultats ont confirmé que la plupart des compétences nécessaires pour collaborer ont été acquises par les membres de l'association.

Dans cette partie, nous nous intéressons à comparer nos principaux résultats à la littérature, puis nous expliquons les forces, les limites et les biais de notre travail. Enfin, les implications pratiques de ce travail sont discutées.

1 Comparaison des résultats avec les données de la littérature

1.1 Représentations de l'interdisciplinarité

1.1.1 A propos de représentations

La notion de représentation se situe à la croisée de plusieurs disciplines des sciences humaines dont la psychologie, la sociologie ou encore l'anthropologie. Les représentations sociales ont reçu leur élaboration théorique de S. Moscovici (1961). Elles sont des phénomènes complexes qui correspondent à l'idée que l'on se fait des choses. Jodelet (1993) propose cette définition : «la représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». (62)

En effet, devant un objet social, les individus vont construire progressivement des représentations sociales en fonction de leur connaissance, leur expérience et de leur interaction avec les autres membres du groupe. Ces représentations vont ensuite s'ancrer comme des *a priori*. Ce sont donc des formes de connaissance courante, dites de sens commun, socialement élaborées et partagées qui concourent à établir une vision de la réalité commune à un ensemble social. Elles sont en constante évolution.

Les représentations n'ont pas de fonction objective, un décalage entre l'objet étudié et sa représentation peut donc exister. Par ailleurs, étudier les représentations ne consiste pas à déterminer avec exhaustivité les caractères de ces représentations mais bien de définir les éléments marquants.

Dans notre recherche, nous nous sommes donc attachés à identifier les principaux éléments marquants des représentations de l'interdisciplinarité par les professionnels de santé du secteur de Levier. Le fait qu'ils appartiennent à une association de formation interprofessionnelle, qui constitue un groupe social, a forcément eu des répercussions sur leurs représentations de l'interdisciplinarité.

1.1.2 Liens entre les représentations de l'interdisciplinarité et le modèle théorique de référence

Tous les professionnels de santé interrogés se représentaient l'interdisciplinarité comme le fait de travailler ensemble mais ils ont apporté des précisions sur ce qu'ils entendaient par travailler ensemble. Ainsi, plusieurs caractéristiques ont été ajoutées. Les quatre catégories de caractéristiques que nous avons identifiées renvoient aux quatre dimensions développées par D'Amour et Al dans leur modèle théorique de structuration de la collaboration interprofessionnelle(13). En effet, l'existence d'objectifs communs centrés sur le patient, la complémentarité, la communication et le leadership correspondent respectivement à la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance.

Comme nous l'avons vu dans la première partie (cf. chapitre 1.2.1 et 1.4), l'interaction de ces 4 dimensions permet de structurer le processus de collaboration. Cette étude a permis de confirmer que les professionnels ont bien identifié ces quatre dimensions, ce qui constitue une phase importante dans le processus de collaboration.

Pour rappel :

- « **la finalisation** » correspond à l'existence d'objectifs communs et à leur appropriation par les membres de l'équipe ; cela nécessite la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples et de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.
- « **l'intériorisation** » renvoie à la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière. Cela se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.
- « **la formalisation** » présente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures. Elle renvoie à la communication entre les différents intervenants (mécanisme d'échange de l'information) et à l'existence d'outils (protocole, système d'informations) pour formaliser certaines tâches de la collaboration interprofessionnelle.
- « **la gouvernance** » renvoie aux notions de centralité, de leadership, d'expertise et de connectivité.

Concernant la finalisation et l'intériorisation, leurs principaux éléments constitutifs ont été énoncés par les professionnels.

Pour la dimension de formalisation, toutes les personnes interviewées ont mis en avant l'importance de la communication. Améliorer leur disponibilité pour échanger avec les autres professionnels semble être nécessaire. La formalisation de ces temps pourrait leur permettre de mieux s'organiser permettant ainsi des échanges informels lorsque cela est nécessaire et formels dans le cadre de leur association. Cependant, peu d'outils de formalisation ont été mis en place à l'heure actuelle.

Concernant la gouvernance, c'est essentiellement le rôle du leader qui a été mis en lumière mais quelques professionnels ont également fait référence aux notions de connectivité avec le monde environnant et de coordination. La notion de leadership collaboratif mériterait d'être développée.

1.1.3 Les facteurs influençant le développement de la collaboration interprofessionnelle

Nous pouvons remarquer que les différents facteurs micro, méso et macro structurels ont également été identifiés à travers nos six catégories qui étaient : les relations humaines, l'interconnaissance professionnelle, le facteur temps, la dimension spatiale, la dimension financière et le secret professionnel.

Au niveau micro structurel, les six domaines de compétences définies par le référentiel canadien de compétences en matière d'interprofessionnalisme (26) ont été clairement reconnus. Pour rappel, il s'agit de la communication interpersonnelle, des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, de la clarification des rôles, du travail d'équipe, du leadership collaboratif et enfin de la résolution de conflits interprofessionnels.

Au niveau méso structurel, la plupart des composantes ont été repérées :

- La structure organisationnelle horizontale exploitant la complémentarité des différents intervenants et diminuant les relations hiérarchiques,
- La philosophie de l'organisation soutenant une pratique collaborative,
- La nécessité d'avoir une disponibilité en temps suffisant et de partager des locaux communs,
- La nécessité d'améliorer la communication, ce qui peut passer par le développement d'outils en commun ou par une personne coordonnatrice.
- Le maintien de lien avec l'extérieur

Au niveau macro structurel, les différents freins au développement de la collaboration interprofessionnelle sont en lien avec le système socio-culturel (notions de hiérarchie et d'autonomie), avec le système professionnel (cloisonnement des professions), avec le système éducatif (méconnaissance des professionnels et de leurs compétences), et avec le système économique (rémunération des temps interdisciplinaires).

1.2 L'association

Concernant l'association, bien que de nombreux éléments aient été soulevés lors de l'étude, il semble pertinent de discuter les principales répercussions, la dynamique de la maison de santé, l'éducation thérapeutique, la délégation des soins et enfin l'organisation de l'association.

1.2.1 Les principales répercussions

L'association des professionnels de santé du secteur de Levier est donc une association qui a pour objet d'améliorer la prise en charge des patients, par le biais d'un renforcement de l'interconnaissance entre les acteurs de santé et la formation interprofessionnelle continue.

1.2.1.1 L'amélioration de l'interconnaissance

La principale répercussion de l'association, signalée par l'ensemble des personnes interrogées, est l'amélioration de la connaissance entre les professionnels tant au niveau personnel que professionnel. Et inévitablement, la communication s'en trouve améliorée qualitativement et quantitativement. Et ce phénomène constitue l'élément fondamental pour développer un processus de collaboration (63). Même si les interactions professionnelles préalables à l'association étaient décrites comme bonnes, la plupart des professionnels a signalé une amélioration de la communication et de leur interconnaissance, ce qui contribuait à diminuer la hiérarchie entre les professionnels et les potentielles tensions qui pouvaient exister.

De plus, des sentiments de respect mutuel et de confiance ont pu émerger. Ces deux éléments, comme le confirment de nombreuses études dans la littérature (4), sont également des éléments indispensables pour améliorer les pratiques collaboratives. En effet, le respect mutuel implique la reconnaissance de la complémentarité des contributions des autres professionnels dans l'équipe. Et la confiance qui s'instaure progressivement au travers des expériences professionnelles et de l'interconnaissance, est nécessaire pour envisager une collaboration plus intense.

Par ailleurs, certains professionnels ont également montré que l'association leur avait permis d'accroître leur motivation pour faire partie d'une équipe et donc de collaborer. Cela constitue, à notre sens, un autre élément fondamental pour améliorer la collaboration. En effet, comme le précise D'Amour(4) : « sans volonté de travailler en équipe, chacun risque de rester cloisonné dans sa pratique ».

Dans une étude australienne de 2010, « the team-Link study »(63), une expérimentation a été réalisée pour faciliter les relations interprofessionnelles entre des acteurs de soins de santé primaires dispersés géographiquement. Un formateur externe, issu d'un organisme départemental de médecins généralistes, organisait une réunion pluridisciplinaire au début de l'expérimentation et procurait des outils, guides et protocoles pour faciliter le travail en équipe. Un suivi a été réalisé sur 6 mois pour évaluer les changements et les aider à évaluer leurs pratiques. Les résultats ont montré que les premiers besoins identifiés par les professionnels étaient l'amélioration de la communication et la compréhension du rôle de chacun passant par la mise en place de staffs plus réguliers. Comme nous l'avons confirmé, l'association de Levier a permis aux professionnels de santé de jouer sur cette première étape fondamentale. Mais il est intéressant de souligner que cette association est une initiative locale indépendante, contrairement aux expérimentations que nous trouvons dans la littérature, qui sont souvent mise en place par des organismes externes.

1.2.1.2 Le développement des compétences interprofessionnelles

Comme nous l'avons signalé dans la première partie, plusieurs auteurs ainsi que l'OMS(8) ont confirmé que **l'éducation interprofessionnelle était un facteur nécessaire pour le développement de la collaboration interprofessionnelle**. Certains pays sont pionniers en la matière comme le Canada, le Royaume uni, l'Australie, ou encore la Nouvelle-Zélande.

En France, la formation interprofessionnelle continue s'effectue essentiellement à travers des formations universitaires complémentaires ou des initiatives locales, comme l'association de Levier. La comparaison de notre travail avec des études de ces pays anglophones est difficile car il semblerait qu'ils aient au moins 10 ans d'avance. Il nous a donc paru plus pertinent de comparer nos résultats avec ceux issus de pays où la collaboration interprofessionnelle est encore en développement.

Dans un article récent de Junod-Perron évaluant les besoins en formation pour le développement de compétences interprofessionnelles dans les soins de santé primaires suisses(64), il a été mis en lumière les 15 thèmes principaux et les 8 compétences que devait comporter un programme de formation interprofessionnelle continue. Les thèmes prioritaires étaient la communication avec le patient, la prise en charge de patient en situation complexe, l'éducation thérapeutique du patient, la prévention et la promotion de la santé, l'éthique et enfin les médicaments.

Parmi les compétences, la plus importante était de

- Définir puis de partager les tâches et les responsabilités entre les professionnels ;

Les autres étaient de:

- Définir un objectif commun partagé
- Connaître et reconnaître les compétences, les limites et les forces de chacun
- Démontrer un esprit critique et des compétences d'analyse
- Développer la pratique réflexive (« *reflective practice* »)
- Démontrer des compétences cliniques individuelles
- Encourager le partenariat entre les différents acteurs de santé
- Etablir et assurer l'échange d'information à travers des réunions ou des réseaux.

Dans notre étude, nous avons retrouvé tous ces thèmes prioritaires hormis la notion d'éthique. Certains professionnels ont parlé de leur collaboration lors de prise en charge de fin de vie à domicile. Mais la question éthique n'a pas été exprimée clairement.

Concernant les compétences, nous pouvons remarquer que la plupart a été citée dans nos résultats. En effet, l'association a permis aux professionnels d'acquérir plusieurs compétences :

- Tous se sont accordés pour confirmer que leur communication s'était améliorée et une réflexion pour mettre en place des outils facilitant la communication était en cours,
- L'association leur a permis d'identifier les compétences et les limites de chacun. Un partenariat a donc pu émerger au sein de leur équipe,
- La nécessité de clarifier les rôles et responsabilités de chacun a été identifiée

- Des rencontres régulières leur ont permis de faire émerger des objectifs communs et/ou des projets communs, centrés sur le patient. C'est essentiellement le projet de la maison de santé qui a été mis en avant.
- Le fait de démontrer un esprit critique et des compétences d'analyse, ainsi que des compétences cliniques individuelles n'a pas été identifié dans nos principaux thèmes mais nous pensons que ces deux compétences sont en cours d'acquisition au sein de l'association. En effet, quelques professionnels paramédicaux ont évoqué la possibilité de pouvoir dire à un médecin qu'il s'était trompé. Cela nécessite donc des compétences professionnelles individuelles solides, un esprit critique développé et surtout une bonne communication.
- Concernant, la pratique réflexive, nous développerons ce point dans le sous-chapitre traitant de l'organisation structurelle de l'association.

1.2.1.3 La nécessité d'améliorer la coordination

Les professionnels, au cours des entretiens, ont mis en évidence la nécessité de développer leur coordination. Certains ont exprimé très clairement qu'ils étaient parfois en difficulté pour certaines prises en charge de patient et qu'une solution pluridisciplinaire devait être envisagée. Mais pour cela, leur coordination devait progresser. Différents points visant à améliorer leur coordination ont alors été énoncés.

La plupart des personnes interrogées ont soumis l'idée de mettre en place des réunions pour des patients en situation complexe, soit au sein de leur réunion d'association ou bien lors de réunions spécifiques. Cela montre bien qu'il existe des lacunes dans leur coordination actuelle même si des réunions de synthèse pluridisciplinaire se font déjà occasionnellement sur le secteur. Il s'agit alors de développer leur coordination interne.

Mais leur coordination pourrait également être externe. En effet, à plusieurs reprises, la nécessité d'un coordonnateur a été exprimée. Il pourrait faire le lien entre les différents professionnels de santé, les aider à clarifier les rôles de chacun ou bien encore mettre en place des outils de coordination (système informatique d'échange d'informations par exemple) et des outils de formalisation (protocoles pluriprofessionnels). Depuis la réalisation de notre étude, l'association a postulé pour entrer dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR1 et ENMR3). L'accord récent de l'ARS leur permettra de bénéficier prochainement d'un budget pour embaucher un coordonnateur au sein de leur MSP.

Il s'agit donc d'améliorer leur coordination de proximité mais une coordination d'appui peut également être nécessaire. Celle-ci pourrait les aider dans la prise en charge de situations complexes, en leur apportant une expertise externe et des conseils.

Leur future maison de santé pluriprofessionnelle grâce à sa « salle d'interdisciplinarité » pourrait, pour certains, être également un lieu favorisant leur coordination. Mais comme nous allons le voir, de nombreuses interrogations persistent concernant son fonctionnement.

1.2.2 La dynamique de la maison de santé

Comme nous l'avons remarqué, la dynamique interprofessionnelle qui se dégagera lorsque la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) sera en fonctionnement, entraîne de nombreux questionnements à propos de potentielles tensions qui pourraient émerger, de l'organisation au cœur de la MSP, ou encore des possibilités de mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique du patient.

La plupart des professionnels interrogés pensent que l'association leur permettra de développer plus rapidement une dynamique pluridisciplinaire, voire interdisciplinaire, au sein de la MSP. Il nous a semblé intéressant d'explorer comment ça se déroulait lors de la création de MSP dans d'autres territoires francs-comtois. Pour ce faire, nous avons rencontré Mme Sophie Millot, directrice de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FéMaSaC).

Lors de cet entretien, elle nous a expliqué que « *lors de la création d'une MSP, il n'existe pas un modèle unique pour définir le processus à mettre en œuvre. Chaque équipe invente sa solution qui peut potentiellement être reproductible ailleurs* ». En effet, la dynamique interprofessionnelle doit se créer en fonction des ressources disponibles sur le terrain. Comme le précise Vachon dans sa revue de la littérature(65), l'adoption d'une perspective locale est donc nécessaire lors du processus de structuration de la collaboration. Ainsi, la réflexion doit se mener localement au sein de chaque équipe, permettant ainsi **la construction d'une dynamique propre à l'équipe**. Parallèlement, celle-ci doit également s'attacher à **construire une action collective**. Ces deux éléments ont bien été identifiés par D'Amour, comme fondamentaux pour le développement de la collaboration(4).

La FéMaSaC (66) peut accompagner les professionnels en fonction des besoins exprimés. Des équipes en réflexion pour un exercice regroupé et coordonné ou déjà installées en MSP sollicitent la fédération pour différents éléments. Les réponses sont personnalisées et peuvent se faire suivant différentes méthodes :

- les équipes autonomes qui les sollicitent pour des points très précis (juridique, organisationnel, ...) ont une réponse personnalisée sur leur site.
- les équipes demandeuses de conseils ou de formation concernant le travail en équipe se voient proposer deux types de formations. Il s'agit soit de séminaire sur site pour aborder des sujets propres à leur MSP (aide à la formalisation de leur projet de santé ou de l'organisation de la MSP par exemple), soit des séminaires pluri professionnels et pluri-sites. La mise en commun d'expériences de différentes MSP permet d'aider les équipes à formaliser certains éléments référents au travail d'équipe (projet de santé, management, budget, juridique, protocoles pluriprofessionnels, etc...)

Ainsi, la FéMaSaC intervient en accompagnement sur une logique essentiellement organisationnelle, elle ne vise pas à faire de la formation interprofessionnelle continue formelle. Cependant, elle contribue au processus de structuration de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe. En effet, lors de séminaires, la FéMaSaC insiste pour que l'équipe soit représentée par au moins deux professionnels, favorisant ainsi le leadership collaboratif.

« Même s'il s'agit de formations d'ordre organisationnel, celles-ci favorisent la mise en évidence de la complémentarité de chacun et donc du travail en équipe ». La communication et l'interconnaissance s'améliorent, la confiance s'instaure, un objectif commun peut se dégager et la nécessité de clarifier les rôles et responsabilités de chacun apparait.

Néanmoins, certaines formations que la FéMaSaC propose, constituent, à notre sens, de la formation interprofessionnelle (gestion de l'agressivité de certains patients, réflexions sur la gestion d'événements indésirables associés aux soins primaires...)

Par ailleurs, il est important de préciser que la FéMaSaC s'inscrit dans un fort partenariat avec l'ARS, le Conseil Régional et la Mutualité Sociale Agricole (MSA), qui s'est formalisé en 2008 avec la mise en place de l'Equipe d'Appui Territoires et Santé. Cette équipe vise à améliorer l'échange des informations nécessaires à l'accompagnement des projets de maisons de santé franc-comtois.

La dimension temporelle est également une notion importante lors de la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Comme nous l'avons montré dans nos résultats, la construction d'une équipe fonctionnelle prend du temps. Plusieurs professionnels ont soulevé que le désir de travailler de manière collaborative est présent sur ce secteur depuis de nombreuses années. Le leader, suite à sa formation interprofessionnelle au sein du Réseau Gentiane, a constaté que des apprentissages en commun étaient nécessaires pour favoriser l'interdisciplinarité. L'association s'est alors créée en y incluant de la formation interprofessionnelle. L'objectif était de concrétiser ce désir de collaboration de manière plus formelle, sur le terrain en fonction des ressources disponibles.

Mme Millot a précisé que lors des premiers contacts avec des professionnels désirant se regrouper, chaque équipe était invitée à monter une association. Puis venait la phase de stabilisation et de maturation de l'équipe. Celle-ci pouvait durer très longtemps avant d'aboutir à la rédaction de leur projet de santé. La directrice de la FéMaSaC suppose que, durant cette phase, « *les équipes peuvent mettre en place de la formation interprofessionnelle mais elle n'est pas forcément formalisée* ». Des associations similaires à celles de Levier peuvent donc exister mais elles ne sont pas répertoriées. Il serait intéressant de conduire un autre travail étudiant ce phénomène, et ainsi comparer les différentes expériences mises en place pour structurer la collaboration en amont de l'installation dans une MSP et d'explorer si une association de formation interprofessionnelle continue permet de gagner en rapidité dans la formalisation d'un projet de santé.

Dans le projet de santé de la MSP de Levier, quatre axes principaux ont été énoncés:

- *La personne âgée* : la personne âgée et l'hôpital ; optimiser le maintien à domicile des personnes âgées par l'amélioration de la coordination des soins
- *Développer les soins de proximité* : consultations avancées et soins de proximité ; améliorer la prise en charge des urgences ;
- *Continuer à promouvoir des soins de qualité* ; améliorer les conditions d'exercice des soignants ; le risque médicamenteux ; améliorer la prise en charge des maladies chroniques par le développement de l'éducation thérapeutique du patient
- *Santé et travail* : médecine générale et médecine du travail

Ainsi, le développement de l'éducation thérapeutique semble être un de leurs désirs pour l'avenir.

1.2.3 L'éducation thérapeutique du patient

Pour rappel, la définition de l'OMS (67) précise que :

"L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur entourage) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais l'éducation thérapeutique du patient va bien au-delà de cela.

Lors de nos entretiens, nous avons pu constater que les représentations de l'éducation thérapeutique (ETP) étaient variées au sein de l'équipe des soignants de Levier. En effet, les professionnels formés en ETP évoquaient une posture éducative centrée sur le patient, et d'autres l'assimilaient plus à des conseils donnés au patient.

Une étude qualitative belge (68) menée par S.ROUSSEL sur des professionnels de santé formés en ETP retrouvait le même phénomène : *« le concept d'ETP n'est pas toujours compris et celui d'accompagnement se pose parfois en alternative [...] Le diagnostic éducatif est tantôt inexistant, tantôt incomplet et confondu avec le bilan de santé physique »*. Il n'est donc pas étonnant que dans notre étude, cette diversité de représentations soit retrouvée, d'autant plus que tous les professionnels de santé du secteur ne sont pas formés.

Nous pouvons également nous demander si l'envie de travailler en interdisciplinarité conduit forcément à mettre en place de l'éducation thérapeutique du patient ? Dans la littérature, de nombreux articles(23)(69) font référence au fait que l'ETP puisse être un outil pour favoriser le développement de l'interdisciplinarité mais peu traitent du fait que le travail en interdisciplinarité conduise à mettre en place de l'ETP. Néanmoins, les équipes qui souhaitent développer leur collaboration le font dans un esprit d'amélioration de la prise en charge globale du patient. Et à l'heure actuelle, l'HAS(67) et de nombreuses organisations internationales dont l'OMS, reconnaissent l'ETP comme une approche permettant d'améliorer la qualité des soins et de recentrer les soins sur le patient. Ceci va donc dans le même sens que ce que plusieurs professionnels de santé interrogés ont énoncé, à savoir : *« On ne peut pas dissocier éducation thérapeutique, interdisciplinarité et approche centrée sur le patient »*.

De plus, la posture éducative en ETP ne s'acquiert pas spontanément, une formation est nécessaire. Les professionnels formés en ETP ont exprimé leur envie de développer cette approche au sein de la MSP.

L'association s'est donc mise en lien récemment avec la CoMET (Coordination Multipartenariaire en Education Thérapeutique) pour leur dernière réunion portant sur « les patients difficiles ». La CoMET a une mission de formation et d'accompagnement des professionnels de santé de premier recours franc-comtois pour les aider à mettre en œuvre l'ETP. Elle souhaite « *promouvoir et défendre une démarche d'ETP continue et intégrée aux soins* ». Pour elle, « *l'ETP ne doit pas apparaître comme une action greffée mais comme une posture qui habite le professionnel dans son activité globale* »(70). Pour ce faire, elle propose aux équipes des accompagnements personnalisés, permettant de prendre en considération leurs représentations variées de l'ETP. Le temps de formation en équipe permet également de ressouder les liens et peut permettre de faire émerger un projet commun. L'ETP peut alors apparaître comme un outil favorisant l'interdisciplinarité, comme toute action de formation interprofessionnelle.

1.2.4 La délégation de tâches

Comme nous l'avons vu, la plupart des professionnels sont ouverts à la délégation des soins. Ce sont surtout les médecins qui sont demandeurs et/ou qui évoquent cette pratique spontanément. Nous pensons que cela est en rapport avec leur surcharge de travail, liée notamment à leur exercice en milieu rural.

Par ailleurs, lors de l'évocation de protocoles de délégation, la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités a tout de suite été pointée par tous les professionnels interviewés. Cela montre bien qu'une collaboration interprofessionnelle au stade d'interdisciplinarité ne peut s'envisager que si elle est formalisée.

Même si ce processus n'était pas précisé clairement dans leur projet de santé, il est intéressant d'ajouter que depuis la réalisation de cette étude, le cabinet médical a postulé pour rentrer dans le dispositif ASALEE. Pour rappel, il s'agit d'une expérimentation de coopération associant médecins généralistes et infirmières. L'objectif d'ASALEE est d'améliorer la qualité des soins par la délégation de tâches à des infirmières déléguées à la santé publique. Elles mènent des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète et les pathologies cardio-vasculaires d'une part, et, d'autre part, des consultations de dépistage des troubles cognitifs après 75 ans et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives.

1.2.5 L'organisation de l'Association

L'organisation de leur formation interprofessionnelle est en constante évolution. Si les premières réunions consistaient essentiellement à découvrir les autres professionnels et reconnaître leurs compétences, la mise en place de formations sur des sujets transversaux constitue maintenant l'essentiel des réunions. Mais dans quel cadre théorique s'inscrit cette mise en place ? Les résultats de notre étude nous ont montré que l'association était différente du DPC ; et notre analyse nous laisse à penser qu'elle évolue vers le développement d'une pratique réflexive. Par ailleurs, il nous semble pertinent de discuter les catégories socio-professionnelles représentées au sein de l'association.

1.2.5.1 Différences avec le DPC

Pour rappel, le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue le nouveau modèle de formation continue français depuis 2013. Il associe apport de connaissances, évaluation de pratiques et suivi des actions d'amélioration de la qualité des soins. Il s'impose à la plupart des professionnels de santé qui doivent s'inscrire auprès d'un organisme qui organise et valide leur obligation de formation.

L'acquisition ou l'approfondissement de connaissances permis par les différents experts intervenant lors des réunions de l'association, a été reconnu par les professionnels. Certains l'ont identifié comme un élément important pour tenir un discours commun au patient. Mais la plupart l'assimilait plus à de l'information que de la formation. En effet, pour ceux-ci, le fait d'aborder des sujets très transversaux ne constituait pas une formation en tant que telle. Ceci est probablement en lien avec l'organisation traditionnelle de formation continue qui est habituellement monodisciplinaire et qui aborde des sujets très spécifiques à chaque profession.

Au sein de l'association, l'évaluation de pratiques professionnelles n'est pas encore formalisée. Il s'agit essentiellement de moments de discussion sur leurs pratiques. Mais la comparaison avec les recommandations n'est pas forcément présente. De plus, aucun protocole pluridisciplinaire n'a été élaboré à l'heure actuelle. Par ailleurs, cette association s'inscrit dans un cadre local, aucun contact avec un organisme de DPC n'a été pris hormis les échanges récents avec la CoMET.

Ainsi, les réunions de l'association ne peuvent pas rentrer dans le cadre du DPC. Mais ce fait est envisageable dans l'avenir. En effet, les professionnels projettent de réaliser des protocoles de soins, l'évaluation des pratiques devra alors être plus formelle et leur conclusion également. Le suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pourra alors être réalisé. Dans ce cadre, ils pourront valider des points de DPC si leur association fait appel à un organisme agréé DPC qui dispense aux membres de l'association une formation DPC.

1.2.5.2 En voie vers la pratique réflexive

Une étude québécoise (65) récente a étudié un programme de formation interprofessionnelle continue (COMPAS intervention) visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle et l'engagement des professionnels de soins primaires dans l'amélioration de la qualité des soins pour les maladies chroniques. L'objectif était de décrire la théorie sous-jacente à ce type d'intervention. Ainsi, il a été montré que pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, les professionnels avaient besoin de reconnaître des améliorations possibles de leurs pratiques et d'identifier des stratégies pour parvenir à leurs objectifs communs, à savoir améliorer la santé de leurs patients. Or, les professionnels manquaient de temps pour évaluer leurs pratiques, l'intervention COMPAS était donc une formation courte de 3h dont le contenu avait été optimisé en se basant sur la théorie de la motivation au travail (*work motivation theory*) et l'apprentissage réflexif (*reflective learning*).

Elle s'effectuait sur un groupe de 20 professionnels de santé issus du même bassin de vie. Elle comprenait les 3 étapes nécessaires à un changement de pratiques, à savoir :

- *Feedback* = le fait d'avoir des retours de leurs pratiques, à travers certains indicateurs objectifs, leur permet de comparer leur perception de performance à une évaluation externe objective. Le but de cette comparaison est de confirmer leur comportement réel et l'atteinte des objectifs ; ou si ce n'est pas le cas, d'identifier les lacunes entre leurs comportements, leurs objectifs et les résultats produits.
- *Reflective learning process* = ce processus renvoie au fait de donner du sens à ces feedback. Les professionnels doivent d'abord se concentrer sur la réponse émotionnelle que cela engendre puis analyser ces feedback en fonction de leurs connaissances et expériences. Enfin, ils peuvent comparer leurs pratiques à celles d'autres bassins de vie et/ou aux recommandations de bonnes pratiques. Si l'analyse révèle des dissonances, ils devront identifier des améliorations possibles de leurs pratiques et donc de nouveaux objectifs de coopération nécessitant de nouvelles stratégies.
- *Action planning* = l'atteinte des objectifs de coopération peut alors s'envisager concrètement uniquement si un plan d'action se définit. Sa mise en œuvre permettra d'aboutir à des changements de pratiques plus rapidement car les questions logistiques, et notamment la répartition des rôles et des responsabilités, sont réglés avant d'agir. Sans plan d'action, les objectifs de coopérations risquent de rester au stade de souhait.

Il a également été montré qu'une intervention de 3h ne suffisait pas à produire des changements mais la base théorique reposant sur les 3 étapes constitue un bon support pour développer un changement de pratique dans le cadre d'une formation interprofessionnelle continue.

L'association des professionnels de santé de Levier n'en est qu'à ses débuts ; comme nous l'avons vu, ses répercussions principales étaient l'amélioration de la communication et de l'interconnaissance ainsi que le développement du sentiment d'appartenance à une équipe. La manière dont ils organisent leur formation interprofessionnelle doit évoluer s'ils souhaitent changer leurs pratiques concrètement. Mais ce début est prometteur car les réflexions qu'ils mènent sur des sujets très transversaux, les conduisent à analyser leurs pratiques en les confrontant aux recommandations, en s'enrichissant des points de vue des autres et en échangeant avec un expert. Nous pouvons dire qu'ils sont donc en voie de développer un « reflective learning process ».

1.2.5.3 Les membres de l'association

Toutes les principales catégories professionnelles de santé sont représentées au sein de l'association : médecins, pharmaciens, sage-femme, dentiste, infirmières, kinésithérapeutes, podologue, psychologue, ostéopathe. Les diététiciennes et orthophonistes ne sont malheureusement pas représentées par absence de professionnels installés sur le secteur. Mais il nous semble surtout important de souligner l'absence de représentant du système social et des auxiliaires de vie.

En effet, dans plusieurs études traitant de l'interdisciplinarité (26), il est souvent précisé que la présence d'acteurs sociaux au sein de l'équipe est un élément fondamental pour une prise en charge globale. Les patients en situation complexe, pour qui une approche interdisciplinaire est nécessaire, sont souvent dans des situations sociales difficiles. Une assistance médico-sociale est donc nécessaire.

Le désir d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé et le système social est bien présent, mais leur manque de disponibilité et des difficultés liées au secret professionnel limite à l'heure actuelle, leur accueil au sein de l'association. Pour rappel, la loi Fourcade de 2011, permet de partager des informations concernant des patients entre les acteurs de santé d'une maison de santé pluridisciplinaire, mais elle exclut le partage d'information avec des représentants du système social.

De plus, nous pensons que le cloisonnement entre les acteurs du système sanitaire et du système social est encore très présent dans les soins de santé primaires français, expliquant ainsi l'absence de représentants sociaux au sein de l'association. Mais, comme il est précisé dans leur projet de santé, les professionnels de santé du secteur de Levier souhaitent qu'à l'avenir des liens plus intenses se mettent en place. D'ailleurs, dans leur MSP, un bureau sera dédié aux représentants du système social. Cette proximité pourrait permettre de développer les liens médico-sociaux à travers des discussions informelles ou plus formalisées si cela est nécessaire. La dynamique interprofessionnelle médico-sociale pourra alors se concrétiser. Reste à savoir si c'est le désir des travailleurs sociaux du secteur.

Par ailleurs, la présence d'auxiliaires de vie au sein de l'association pourrait être bénéfique. En travaillant au plus proche des patients, elles ont certainement accès à des informations que les soignants n'ont pas. Et si ces informations étaient partagées avec l'équipe, la prise en charge des patients ne pourrait qu'en être améliorée. La difficulté principale est le nombre important d'auxiliaires de vie sur un secteur. On pourrait donc envisager d'inviter leurs représentants, comme le directeur de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) par exemple ; ou bien d'en inviter lorsqu'une réunion de synthèse sur un patient a lieu. Mais comme l'ont souligné certains professionnels interrogés, le secret professionnel est un frein non négligeable pour élargir l'association à d'autres acteurs qui n'y sont pas soumis.

Néanmoins, l'esprit d'ouverture reste présent au sein de l'association. Lors de leur dernière réunion traitant des patients difficiles, les secrétaires médicales et les préparateurs en pharmacie ont été invités.

1.2.6 Leur pratique actuelle

Même si ce n'était pas le but de notre étude, l'ensemble des éléments collectés nous permettent de situer, selon leurs dires, leur degré de collaboration interprofessionnelle à l'heure actuelle.

Selon le schéma des pratiques de collaboration en santé(14), leur collaboration la plus intense se situerait au niveau 3 selon les besoins du patient concerné. En effet, l'amélioration de leur interaction leur permet d'améliorer la coordination des soins. Les champs d'expertise de chacun sont rapprochés et complémentaires. Une certaine interdépendance apparaît car ils ont un engagement moral envers les décisions prises. Cependant, cette interdépendance est limitée car leur coordination demeure une juxtaposition d'objectifs disciplinaires. Leur réunion au sein de l'association et l'amélioration de la communication permettent de mieux se coordonner mais ce point doit encore progresser. Ils sont donc au niveau de la pluridisciplinarité. Pour atteindre l'interdisciplinarité, ils devraient pouvoir partager les décisions et s'engager formellement dans un plan d'action commun si la situation le nécessitait.

Selon la typologie de D'Amour à partir de l'analyse des 10 indicateurs (cf. 1ere partie, chapitre 1.4.1 et annexe 1), la collaboration entre les professionnels de santé de Levier serait au niveau 2, soit une collaboration en développement. En effet, il existe quelques objectifs communs ; l'approche centrée sur le patient est en train de s'ancrer ; ils se côtoient plus fréquemment mais n'ont que peu d'activités partagées ; les rapports de confiance semble être présents ; le leadership collaboratif est à améliorer ; les expertises au sein des réunions de l'association peuvent constituer un support pour des innovations ; la communication a progressé qualitativement et quantitativement mais les mécanismes d'échange de l'information sont encore à développer ; et pour finir, les outils de formalisation n'ont pas encore été mis en application.

Mais comme nous l'avons vu, la structuration de la collaboration interprofessionnelle est un processus qui prend du temps. Leur association, qui n'a que trois ans, leur a déjà permis de développer de multiples compétences interprofessionnelles. Grâce à leur entrée prochaine dans les ENMR 1 (coordination) et 3 (délégation de tâches), leur initiative locale va pouvoir se traduire plus concrètement sur le terrain et des protocoles pluriprofessionnels seront bientôt formalisés (risque médicamenteux notamment pour les AVK, hospitalisation des personnes âgées).

Tout ceci est à nuancer car certaines informations ont été collectées lors des questions traitant de l'interdisciplinarité en général; les professionnels ont donc probablement évoqué leur idéal. Une recherche utilisant une méthodologie spécifique à l'analyse de pratique serait à réaliser si on souhaite confirmer leur degré de collaboration. Il est intéressant de noter que de nouveaux outils de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique se développent, comme le questionnaire IPC65(71). Mais la plupart de ces questionnaires est destinée à mesurer la collaboration au sein d'équipe hospitalière, il serait intéressant de les adapter pour les équipes de soins de santé primaires.

2 Forces de notre travail

Notre travail s'est intéressé à une association de formation interprofessionnelle continue et aux représentations de l'interdisciplinarité par les membres de cette association. Il n'existe que très peu d'écrits français sur cette problématique, nous pensons que cela est en lien avec le développement récent de la notion de formation interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français. Même si des initiatives allant dans ce sens existent, elles restent locales et donc peu étudiées.

Nos conclusions sont proches de celles observées au niveau international. Cependant, il nous semble qu'il était intéressant de présenter une initiative française positive pour le développement de l'interdisciplinarité en milieu rural.

Par ailleurs, le nombre important d'entretiens réalisés nous ont permis d'explorer au maximum les représentations de l'interdisciplinarité et les répercussions de l'association. En effet, on considère habituellement que la notion de saturation dans une étude qualitative apparaît entre 10 et 15 entretiens. Nous en avons réalisé 19.

Le fait d'avoir interrogé tous les membres adhérents à l'association a également permis d'éviter les biais de sélection.

3 Biais et limites

Comme dans toute recherche, il peut exister des biais dans une étude qualitative. Pour évaluer la qualité de notre travail, il est nécessaire de les identifier et de les expliquer. Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens (72) : *«La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.»*

Dans le cadre des études qualitatives, les biais sont en lien avec les personnes ayant pris part à la recherche. Ils peuvent être en lien avec la personne en charge de mener et d'analyser les entretiens mais également avec les personnes interviewées.

En effet, l'habilité du chercheur à mener des entretiens peut influencer la recherche car il doit constamment tenter de maintenir sa neutralité. Nous avons essayé de limiter **les biais d'intervention** lors des entretiens, en évitant de rappeler les définitions de l'interdisciplinarité par exemple. Nous nous sommes efforcés d'utiliser la reformulation et des formules de relance neutres lorsque les propos devaient être précisés. Mais nous sommes conscients que notre manque d'expérience en matière d'étude qualitative a engendré quelques interventions, notamment dans les premiers entretiens.

Par ailleurs, la réalisation de cette analyse se veut la plus objective possible mais le risque de partialité de notre regard, étant donné notre profession et notre implication dans la recherche, est à prendre en compte. L'analyse des entretiens est descriptive et interprétative, il existe donc une part de subjectivité de notre part : du choix de la problématique à la présentation de nos résultats, notre propre vision ne peut être totalement effacée. Par conséquent, il peut exister des **biais d'interprétation**.

Pour limiter ces biais, nous avons pris plusieurs précautions visant à accroître notre objectivité :

- la retranscription « au mot à mot » des entretiens a permis de travailler à partir du verbatim exact des professionnels interrogés,
- la rédaction de notes d'entrevue immédiatement après l'entretien a permis de prendre en compte les éléments non-verbaux lors de l'analyse,
- une triangulation de chercheur a été réalisée pour l'analyse des données. Le verbatim de quelques entretiens, tirés au hasard, ont été codés par un second chercheur pour confirmer la validité du codage.

Néanmoins, nous n'avons pas pu mettre en œuvre une triangulation des sources ou des méthodes, faute de disponibilité insuffisante. Ce procédé consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple: entretiens et observations) ou d'au moins deux sources de données (exemple: entretiens avec des étudiants et des enseignants).

Par ailleurs, de par notre profession, nous avons été amenés à travailler avec l'ensemble des professionnels interrogés en amont de la réalisation de cette étude, les propos échangés ont donc pu être influencés par cet élément.

La validité externe de cette étude, à savoir la transférabilité des résultats, est discutable. En effet, notre échantillon a bien été défini mais il correspond à un contexte particulier. Ainsi, les représentations de l'interdisciplinarité sont influencées par le fait que les professionnels se connaissent et se réunissent au sein d'une association interprofessionnelle. A propos des répercussions de celle-ci, nous émettons des doutes sur la généralisation des résultats. Étant donné qu'il s'agit d'une démarche locale dans un contexte socio-environnemental particulier, nous ne pouvons pas savoir si on observerait les mêmes résultats dans d'autres territoires. Néanmoins, nos résultats concernant les répercussions de l'association rejoignent les données de la littérature concernant les bénéfices des formations interprofessionnelles.

4 Implications pratiques de notre travail

D'une part, notre étude permet de mettre en valeur une initiative locale pour favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle. A l'heure où le système de santé est en pleine restructuration pour favoriser ce type d'exercice, l'Association des Professionnels de Santé du Secteur de Levier nous semble être une expérimentation à encourager. En effet, grâce à l'amélioration de la connaissance entre les professionnels et la mise en place de formation interprofessionnelle continue, ils ont réussi à acquérir certaines compétences nécessaires au travail interdisciplinaire. Elle peut donc être un exemple pour des équipes souhaitant rentrer dans ce genre de pratiques.

D'autre part, notre travail peut permettre aux membres de l'association d'avoir une vision plus globale de leurs représentations de l'interdisciplinarité et des répercussions de leur association. Il leur permet également de situer leur action dans un cadre plus théorique. Des pistes de réflexion pour l'avenir de l'association ont également été énoncées. Ainsi, des réflexions pourront être menées au sein de l'association notamment sur les différentes attentes des professionnels pour l'avenir de l'association.

CONCLUSION

Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires est indispensable pour maintenir une qualité des soins optimale sur le territoire français, notamment pour les patients en situation complexe.

Les réformes législatives récentes permettent de réorganiser le système de soins de santé primaires pour favoriser cette coopération. Cependant, cette réorganisation ne peut s'envisager que si les professionnels, à l'échelle d'un territoire, s'impliquent pour construire des projets de santé pluridisciplinaires. En effet, la collaboration est un processus dynamique qui nécessite une structuration, passant par la mise en place d'une dynamique d'équipe propre et la construction d'actions collectives.

La mise en évidence d'objectifs communs centrés sur le patient, la complémentarité entre les différents professionnels, la communication et le leadership sont indispensables pour pouvoir construire et structurer cette action au sein d'une équipe solide.

Divers facteurs influencent le développement de la collaboration interprofessionnelle : les relations humaines renvoyant aux peurs, au manque de motivation et à la notion de hiérarchie, le manque de temps et la méconnaissance des professionnels entre-eux constituent les principaux freins.

Pour y remédier, les professionnels de santé du secteur de Levier se sont regroupés dans une association au sein de laquelle une formation interprofessionnelle continue s'est installée. Notre étude a mis en évidence que les répercussions de ce genre d'association sont positives pour le développement de la collaboration sur un secteur. En effet, les professionnels se connaissent mieux donc communique mieux, actions indispensables pour travailler ensemble. L'association leur a également permis d'acquérir des compétences interprofessionnelles.

Cependant, même si l'association a eu des répercussions positives, développer la coordination s'avère nécessaire et des outils visant à formaliser la collaboration doivent être créés pour atteindre une prise en charge des patients optimale. Les instances régionales et nationales n'auraient-elles pas un rôle à jouer pour soutenir ce type d'association et leur permettre d'atteindre l'interdisciplinarité ?

Comme le précise Joly (15), « *L'interdisciplinarité n'est pas donnée d'avance, elle se construit au jour le jour. Elle est un savoir-faire et un savoir-être. Elle contribue à cette recherche de cohérence et de sens essentielle dans la prise en charge médicale d'un patient.* »

ANNEXE

ANNEXE 1 : Typologie de la collaboration selon les indicateurs (D'Amour et Al, 2008) (13)

Table 3: Indicators of collaboration according to the typology

Indicators	Active Collaboration LEVEL 3	Developing Collaboration LEVEL 2	Potential or Latent Collaboration LEVEL 1
Goals	Consensual, comprehensive goals	Some shared ad hoc goals	Conflicting goals or absence of shared goals
Client-centred orientation vs. other allegiances	Client-centred orientation	Professional or organizational interests drive orientations	Tendency to let private interests drive orientations
Mutual acquaintanceship	Frequent opportunities to meet, regular joint activities	Few opportunities to meet, few joint activities	No opportunities to meet, no joint activities
Trust	Grounded trust	Trust is conditional, is taking shape.	Lack of trust
Centrality	Strong and active central body that fosters consensus	Central body with an ill-defined role, ambiguous political and strategic role.	Absence of a central body, quasi-absence of a political role.
Leadership	Shared, consensual leadership	Unfocused, fragmented leadership that has little impact	Non-consensual, monopolistic leadership
Support for innovation	Expertise that fosters introduction of collaboration and innovation	Sporadic, fragmented expertise	Little or no expertise available to support collaboration and innovation
Connectivity	Many venues for discussion and participation	Ad hoc discussion venues related to specific issues	Quasi-absence of discussion venues
Formalization tools	Consensual agreements, jointly defined rules	Non-consensual agreements, do not reflect practices or are in the process of being negotiated or constructed	No agreement or agreement not respected, a source of conflict
Information exchange	Common infrastructure for collecting and exchanging information	Incomplete information-exchange infrastructure, does not meet needs or is used inappropriately	Relative absence of any common infrastructure or mechanism for collecting or exchanging information

ANNEXE 2 : GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

A - L'interdisciplinarité en milieu rural

- 1) c'est quoi pour vous l'interdisciplinarité ... et la collaboration interprofessionnelle ?
- 2) Certains pensent qu'il est difficile de travailler en interdisciplinarité dans les soins de premier recours, notamment en milieu rural. Qu'en pensez-vous ?
- 3) Pour vous, quels sont les freins au développement de l'interdisciplinarité ?
- 4) Qu'est ce qui, selon vous, pourrait permettre de renforcer (ou développer) l'interdisciplinarité en milieu rural ?

B - L'association : mise en place, répercussions, perspectives

Mise en place du projet d'association

- 4) depuis quand participez-vous à l'association ?
- 5) Pourquoi avez-vous choisi d'y participer ? Quelles étaient vos attentes initiales ?
- 6) Pour vous, quels sont les objectifs de cette association ?

Les répercussions

- 7) Qu'avez-vous trouvé dans cette association ?
- 8) Qu'est-ce que ça a changé pour vous ?
- 9) qu'est -ce que ça a changé dans votre travail ?

Dans un 2^{ème} temps, relances possibles :

Changements dans votre pratique professionnelle au quotidien ? dans vos relations avec les patients ? dans vos interactions avec d'autres professionnels ? dans la façon de concevoir votre métier ?...

- 10) Qu'est -ce qui selon vous pourrait être amélioré ?

L'avenir

- 11) Quelles sont vos attentes actuelles vis à vis de cette association ? ou comment aimeriez-vous que ça évolue ?

Expression spontanée des personnes, puis relance :

- Et l'Education thérapeutique, qu'en pensez-vous ? Voyez-vous un lien entre l'association et l'éducation thérapeutique ?
- le Développement professionnel continu en commun ? (*explication si besoin*)
- la délégation et le transfert de tâche, vous en pensez quoi ? (*explication si besoin et exemple de gestion de la posologie des Anti-vitamine K par les infirmières si nécessaire*)

C. Conclusion

Y-a-t-il autre chose que nous n'avons pas évoqué et dont vous souhaitez parler soit concernant l'association, soit concernant l'interdisciplinarité ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Edgar Morin : sur l'interdisciplinarité [Internet]. [cité 13 janv 2014]. Disponible sur: <http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>
2. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:8-20.
3. Sheehan D, Robertson L, Ormond T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *J Interprof Care*. févr 2007;21(1):17-30.
4. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. janv 2005;19(s1):116-131.
5. Euller-Ziegler, Ziegler. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? définition, cadre de soin, problématique. *revue de rhumatologie*. 2001;126-130.
6. Wacheux F.; Kosremelli. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hopital universitaire [Internet]. Disponible sur: <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2614/wacheux.PDF?sequence=2>
7. Levy R, Sicotte C, D'Amour D. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sci Soc Santé*. 1999;17(3):67-94.
8. WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. WHO. [cité 14 janv 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
9. CAIPE | Resources › Defining IPE [Internet]. CAIPE. [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>
10. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD002213.
11. Royal college of nurse. The impact and effectiveness of interprofessional education in primary care [Internet]. Disponible sur: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/78718/003091.pdf
12. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E, et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care*. mai 2011;25(3):167-174.
13. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8:188.

14. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en, santé et en services sociaux (RCPI. Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux [Internet]. Disponible sur: http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2011-03_Guide_d_accompagnement_Schema_des_pratiques_de_collaboration.pdf
15. Joly C, Lainé A, Catan A, Pochard F. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Éthique Santé*. sept 2011;8(3):119-124.
16. Ruault de la Tribonnière X. Exploration de l'interdisciplinarité dans le fonctionnement d'une équipe hospitalière prenant en charge des personnes vivant avec le VIH. Mémoire de Master de recherche en Santé Publique. 2012.
17. HAS - ONDPS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
18. Daksha Trivedi. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2012.01067.x/pdf>
19. D. DOUMONT, M, -, F. LIBION. Quels sont les bénéfices d'une approche multidisciplinaire en réadaptation cardiaque ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier53.pdf>
20. Estryn-Behar M, Lassaunière J-M, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2012;11(2):65-89.
21. RUAULX DE LA TRIBONNIERE X. Exploration de l'interdisciplinarité dans le fonctionnement d'une équipe hospitalière prenant en charge des personnes vivant avec le VIH. Contribution à l'étude du fonctionnement optimal d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. 2012.
22. Daydé M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2012;11(3):164-169.
23. De la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 23 mai 2013;5(1):163-176.
24. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. janv 2005;19(s1):132-147.
25. ZAGRODKA C. Comment favoriser le travail en interdisciplinarité des soins primaires ambulatoires en améliorant la communication entre les professionnels de santé ? *Th : Med : Rennes ; 2012 . 12-124.*
26. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Internet]. Disponible sur: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

27. Bruno Fortin. S'ADAPTER AVEC HUMOUR AU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE : PISTES DE RÉFLEXION [Internet]. Disponible sur:
http://www.psychologue.levillage.org/04_Fortin_Methot.pdf
28. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud.* janv 2008;45(1):140-153.
29. Cartier, mercier. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. système de soin. 2012;65-71.
30. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 21 janv 2014]. Disponible sur:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
31. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
32. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès (Prosper* /Irdes). Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
33. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care.* 2012;20(4):303-312.
34. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
35. Grignon IRDES. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf>
36. Haut Conseil de la Santé Publique. adsp n° 72 - Les maladies chroniques [Internet]. [cité 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>
37. République française, direction de la recherche des études, des évaluations et des statistiques. Les comptes nationaux de la santé en 2012 [Internet]. 2013. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185-synthese.pdf>
38. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 23 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2013-1327>
39. ATTAL-TOUBERT, VANDERSCHULDEN, DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. 2009. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
40. URML Rhône-Alpes. Etude des mutations de la médecine générale : Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes; [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/MUTATIONS_MED_GENE1199268760529.pdf

41. DIVAIS. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes [Internet]. 2006. Disponible sur: http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/27/05/63/PDF/Colloque_Lille_nov2006.pdf
42. Baudier, Bourgueil, IRDES. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
43. Caillol M, Le Coz P, Aubry R, Bréchat P-H. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. Santé Publique. 24 janv 2011;Vol. 22(6):625-636.
44. République Française. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 190apr. J.-C. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi_2004_810_du_13_aout2004.pdf
45. République Française. LOI no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/inpes/pdf/loi_2004_08_09.pdf
46. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
47. République française. Stratégie nationale de santé [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>
48. IRDES. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 ; Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
49. Bourgueil. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2013/questions-d-economie-de-la-sante.html#n189>
50. Bourgueil Y, Clément, MC, Couralet, PE. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Question d'économie de la santé, n°147 [Internet]. oct 2009; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>
51. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>
52. République Française. Les coopérations entre professionnels de santé (note d'analyse 254 du centre d'analyse stratégique) [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-note-danalyse-254-decembre-2011>
53. Aline SARRADON-ECK A. Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels Université Paul Cézanne – AIX-MARSEILLE II [Internet]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/a.sarradon.pdf>

54. CORVAISIER BARBOT C. Implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé. Th : Med : PARIS 12 CRETEIL . 2008 , 08-1031. 2008.
55. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. Santé Publique. 1 févr 2007;Vol. 19(hs):73-77.
56. République Française. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html>
57. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rev Fr Aff Soc. 1 mars 2005;n°1(1):231-260.
58. AUBRY R. Coordinations et territoires dans le champ de la santé. revue Réseau Santé et Territoire. 2010;28-34.
59. ANNEZO Françoise. TRAVAILLER ENSEMBLE, ÇA NE S'IMPROVISE PAS...ÇA S'APPREND [Internet]. Disponible sur: http://www.afdet.net/AFDET_fichup/journal-251.pdf
60. Wostyn A. Travailler ensemble pour mieux soigner ; des soignants s'entendent localement et se forment ensemble. Prescrire. aout 2012;598-600.
61. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. exercer. 2008;142-147.
62. Desbrosses. Représentations sociales : Définition - Psychoweb [Internet]. [cité 6 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/128-representations-sociales-definition.html>
63. Harris MF, Chan BC, Daniel C, Wan Q, Zwar N, Davies GP, et al. Development and early experience from an intervention to facilitate teamwork between general practices and allied health providers: the Team-link study. BMC Health Serv Res. 2010;10:104.
64. Junod Perron N, Cerutti B, Picchiottino P, Empeyta S, Cinter F, van Gessel E. Needs assessment for training in interprofessional skills in Swiss primary care: a Delphi study. J Interprof Care. mai 2014;28(3):273-275.
65. Vachon B, Désorcy B, Camirand M, Rodrigue J, Quesnel L, Guimond C, et al. Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. BMC Health Serv Res. 2013;13:106.
66. FéMaSac. FéMaSac, Rapports moral et d'activités 2013. 2014.
67. HAS. Education thérapeutique- Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf
68. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : Réflexions et perspectives. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. déc 2012;4(2):S401-S408.
69. Lamour P, Michenaud J. Comment, par des formations actions, soutenir le développement de l'ETP dans les maisons et pôle de santé : l'exemple de la maison pluridisciplinaire de Savenay. 2014 févr.

70. AFCET-CoMET. Travailler ensemble à l'animation de formations de 40 heures en éducation thérapeutique. 2014 févr.
71. Bédard SK, Poder, Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. Santé Publique. 1 déc 2013;Vol. 25(6):763-773.
72. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan; 1992. 127 p.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	5
DONNEES DE LA LITTERATURE <u>et</u> PROBLEMATIQUE	7
1 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	9
1.1 Définitions	9
1.1.1 Pluridisciplinarité/interdisciplinarité/transdisciplinarité	9
1.1.1.1 <i>La discipline</i>	9
1.1.1.2 <i>La profession</i>	10
1.1.1.3 <i>La pluridisciplinarité et la multidisciplinarité</i>	10
1.1.1.4 <i>L'interdisciplinarité</i>	10
1.1.1.5 <i>La transdisciplinarité</i>	11
1.1.2 La collaboration interprofessionnelle	11
1.1.3 En résumé	12
1.2 Fondement théorique de la collaboration	15
1.2.1 Le modèle de référence de D'Amour (1999-2004)	16
1.2.2 Elargissement du modèle de D'Amour	17
1.3 L'Éducation Interprofessionnelle	19
1.4 Typologie de collaboration	21
1.4.1 La typologie de collaboration selon D'Amour et Al	21
1.4.2 La typologie selon le RCPI	22
1.5 Les intérêts de l'interdisciplinarité	25
1.5.1 Les enjeux	25
1.5.2 Les bénéfices	26
1.6 Les facteurs influençant la pratique en collaboration interprofessionnelle : facteurs favorisants et obstacles	27
1.6.1 Les facteurs microstructurels ou interactionnels	27
1.6.2 Les facteurs organisationnels ou mésostructurels	31
1.6.3 Les facteurs macro structurels ou systémiques	33
2 LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE FRANÇAIS	35
2.1 Définition	35
2.2 Trois modèles d'organisation des soins de santé primaires	36
2.2.1 Le modèle professionnel non hiérarchisé	36
2.2.2 Le modèle normatif hiérarchisé	36
2.2.3 Le modèle professionnel hiérarchisé	37

2.3	Le système de soins de santé primaires en France	39
2.4	Les facteurs explicatifs de l'évolution du système de santé	39
2.4.1	Le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques.....	39
2.4.2	L'augmentation des dépenses de santé.....	40
2.4.3	La démographie médicale.....	41
2.4.3.1	<i>La densité médicale</i>	41
2.4.3.2	<i>Inégalité de répartition des médecins sur le territoire</i>	42
2.4.3.3	<i>Féminisation de la profession médicale</i>	44
2.4.3.4	<i>Développement du regroupement des médecins généralistes</i>	45
2.4.3.5	<i>Baisse de l'attrait à l'installation en secteur libéral</i>	45
2.5	Une volonté politique de réorganisation du système de santé	46
2.5.1	Au niveau national.....	46
2.5.1.1	<i>La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé</i> .	46
2.5.1.2	<i>Les lois d'Août 2004</i>	47
2.5.1.3	<i>La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) de 2009</i>	47
2.5.1.4	<i>La stratégie nationale de santé de 2013</i>	48
2.5.2	Au niveau régional : les Agences Régionales de Santé.....	50
2.5.2.1	<i>Recommandation de la Haute Autorité de Santé d'avril 2008 sur la coopération interprofessionnelle</i>	50
2.5.2.2	<i>Expérimentation des nouveaux modes de rémunération</i>	52
2.5.2.3	<i>Incitation au regroupement pluriprofessionnel au sein de Maisons de santé pluridisciplinaires pour favoriser un exercice coordonné</i>	53
2.6	Les initiatives locales actuelles en France	54
2.6.1	Les regroupements pluri professionnels.....	54
2.6.1.1	<i>Les maisons de santé</i>	54
2.6.1.2	<i>Pôle de santé</i>	57
2.6.1.3	<i>Centre de santé</i>	58
2.6.2	Les réseaux de soins informels	58
2.6.3	Les réseaux de santé.....	60
2.6.4	La coordination des soins	62
2.6.5	L'éducation interprofessionnelle	66
2.6.5.1	<i>Des initiatives intéressantes</i>	67
2.6.5.2	<i>Le développement professionnel continu interprofessionnel, prémices d'une formation interprofessionnelle continue ?</i>	68
3	L'ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE de LEVIER	70
3.1	Le contexte	70
3.2	Historique de l'association	72
3.2.1	La genèse	72
3.2.2	Le fonctionnement de l'association	73

4	Notre problématique de recherche.....	75
METHODE		77
1	Choix d'une méthode qualitative	79
2	Méthode par entretiens individuels semi-directifs.....	80
3	L'échantillon	80
4	Guide d'entretien	80
5	Recueil et analyse des données.....	81
6	Ethique	82
 RESULTATS		83
1	Généralités	85
2	REPRESENTATIONS de l'INTERDISCIPLINARITE	85
2.1	LES ELEMENTS PRINCIPAUX.....	85
2.1.1	Travailler ensemble	85
2.1.2	Objectifs communs centrés sur le patient	86
2.1.3	La complémentarité.....	87
2.1.4	La communication	90
2.1.5	Le leadership	90
2.1.6	Remarques générales	90
2.1.6.1	<i>Distinction floue entre interdisciplinarité/collaboration interprofessionnelle</i>	<i>90</i>
2.1.6.2	<i>Certains pensent déjà travailler en interdisciplinarité.....</i>	<i>91</i>
2.2	BENEFICES ATTENDUS	91
2.2.1	Optimisation de la prise en charge des patients.....	91
2.2.2	Amélioration de la qualité de vie professionnelle des soignants.....	92
2.2.3	Notion de pôle magnétique sur un territoire.....	93
2.3	FACTEURS INFLUENCANT LE DEVELOPPEMENT DE L'INTERDISCIPLINARITE.....	94
2.3.1	Les relations humaines	94
2.3.1.1	<i>Le facteur humain</i>	<i>94</i>
2.3.1.2	<i>La hiérarchie</i>	<i>96</i>
2.3.1.3	<i>La notion de concurrence</i>	<i>96</i>
2.3.2	L'interconnaissance professionnelle.....	97
2.3.2.1	<i>La méconnaissance des professionnels</i>	<i>97</i>
2.3.2.2	<i>Les rencontres interprofessionnelles au sein de l'association</i>	<i>97</i>
2.3.3	Le facteur temps.....	99
2.3.3.1	<i>Le manque de temps.....</i>	<i>99</i>
2.3.3.2	<i>Optimiser le temps disponible.....</i>	<i>100</i>
2.3.4	La dimension spatiale	102
2.3.5	La dimension financière.....	103
2.3.6	Le secret professionnel.....	104

3	L'ASSOCIATION	105
3.1	Les objectifs de l'association et leurs attentes initiales	105
3.1.1	Les objectifs	105
3.1.2	Les attentes initiales des professionnels.....	106
3.2	Les répercussions au niveau des interactions professionnelles.....	107
3.2.1	La perception de la dynamique interprofessionnelle sur le secteur de Levier auparavant	107
3.2.2	Les répercussions de l'association sur cette dynamique	108
3.2.2.1	<i>Amélioration de l'interconnaissance entre professionnels</i>	108
3.2.2.2	<i>Amélioration de la communication</i>	109
3.2.2.3	<i>Diminution de la hiérarchie</i>	110
3.2.2.4	<i>Diminution des tensions interprofessionnelles</i>	110
3.2.2.5	<i>Amélioration de la collaboration</i>	111
3.3	Les autres répercussions de l'association	112
3.3.1	Par rapport aux patients	112
3.3.2	Au niveau des pratiques professionnelles	113
3.3.3	Par rapport à la conception du métier.....	114
3.4	Leurs attentes pour l'avenir de l'association	115
3.4.1	L'organisation des réunions de l'association	115
3.4.2	La dynamique de la maison de santé.....	116
3.4.3	La délégation de tâches	118
3.4.4	L'éducation thérapeutique du patient.....	120
3.4.5	La Formation commune et le Développement Professionnel Continu	122
3.4.6	Les liens de l'association avec l'extérieur	123
3.5	Synthèse des répercussions de l'association	124
	DISCUSSION	127
1	Comparaison des résultats avec les données de la littérature	129
1.1	Représentations de l'interdisciplinarité.....	129
1.1.1	A propos de représentations	129
1.1.2	Liens entre les représentations de l'interdisciplinarité et le modèle théorique de référence.....	130
1.1.3	Les facteurs influençant le développement de la collaboration interprofessionnelle	131

1.2	L'association	131
1.2.1	Les principales répercussions	131
1.2.1.1	<i>L'amélioration de l'interconnaissance</i>	132
1.2.1.2	<i>Le développement des compétences interprofessionnelles</i>	133
1.2.1.3	<i>La nécessité d'améliorer la coordination</i>	134
1.2.2	Dynamique de la maison de santé	135
1.2.3	Education thérapeutique du patient	137
1.2.4	Délégation de tâches	138
1.2.5	Organisation de l'Association	138
1.2.5.1	<i>Différences avec le DPC</i>	139
1.2.5.2	<i>En voie vers la pratique réflexive</i>	139
1.2.5.3	<i>Les membres de l'association</i>	141
1.2.6	Leur pratique actuelle.....	142
2	Forces de notre travail.....	143
3	Biais et limites	143
4	Implications pratiques de notre travail	145
	CONCLUSION	147
	ANNEXE	149
	BIBLIOGRAPHIE	151

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par :

Mlle Laetitia SAGE

Né(e) le : 16/03/1984 à : Besançon

Et ayant pour titre :

LE DEVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES FRANÇAIS :

A propos d'une association interprofessionnelle et de représentations de l'interdisciplinarité

Vu,

Besançon, le 3 juin 2014

Le Président de jury de Thèse,

Le Professeur A. PENFORNIS



Vu et approuvé,

Besançon, le

Le Directeur de l'UFR SMP
et par délégation
La Responsable des
Services Administratifs



Florence PRETOT

Le Professeur E. SAMAIN



RÉSUMÉ

SAGE Laetitia

Thèse soutenue le : 23/06/2014

Titre de la thèse :

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES FRANÇAIS :

A propos d'une association interprofessionnelle et de représentations de l'interdisciplinarité

Résumé :

La collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Qu'il s'agisse de pluridisciplinarité ou d'interdisciplinarité, les interactions entre les professionnels doivent s'améliorer. Or de nombreux freins existent et pour les combattre, certains pays, comme le Canada, prônent, entre autres, la mise en place de formation interprofessionnelle initiale et continue. Les initiatives françaises allant dans ce sens, dans les soins primaires, sont encore peu nombreuses et rarement décrites. Notre travail s'est intéressé à une association réunissant tous les professionnels de santé d'un secteur rural afin qu'ils apprennent à mieux travailler ensemble en se formant conjointement. A travers une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, nous avons exploré les répercussions de cette association et leurs représentations de l'interdisciplinarité. Nos résultats ont pu confirmer que concernant l'association, plusieurs compétences nécessaires à la collaboration ont été acquises par les professionnels: se connaître et reconnaître les compétences de chacun, développer un partenariat, définir un objectif commun et améliorer leur communication. Différents besoins ont également pu être identifiés : la clarification des rôles et des responsabilités de chacun, le développement d'outils communs et l'amélioration de la coordination. Concernant leurs représentations de l'interdisciplinarité, ils l'envisageaient comme le fait de travailler ensemble associé à quatre caractéristiques qui étaient : l'existence d'objectifs communs centrés sur le patient, la complémentarité, la communication et le leadership. Les principaux facteurs influençant le développement de la collaboration interprofessionnelle étaient : les relations humaines, l'interconnaissance professionnelle, le facteur temps, la dimension spatiale et la dimension financière. Ainsi, cette étude a montré qu'à l'échelle d'un petit territoire, la mise en place d'une association interdisciplinaire, comportant de la formation interprofessionnelle, favorisait le développement de la collaboration entre les acteurs de santé de soins primaires.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, interdisciplinarité, pluridisciplinarité, formation interprofessionnelle, soins primaires